

**SYMPTOMATIK DER CHRONISCHEN SCHIZOPHRENIE
IM LANGZEITVERLAUF**

Disbui. München

1987

Konrad Wagner



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554824_0006

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München
Vorstand: Prof. Dr. H. HIPPIUS

SYMPTOMATIK DER CHRONISCHEN SCHIZOPHRENIE

IM LANGZEITVERLAUF

Untersuchung der Krankheit von 30 Patienten
im Bezirkskrankenhaus Haar.

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Konrad Wagner

aus

Memmingen

Jahr

1987

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. HIPPIUS

Mitberichterstatter: Prof. Dr. D. HÖLZEL

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Dr. A. STRAUSS

Dekan: Prof. Dr. W. SPANN

Tag der mündlichen Prüfung: 30. Juli 1987

Druck:

Einband:

MEINEN ELTERN IN DANKBARKEIT

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1.0. 0	EINLEITUNG 1
1.1. 0	Der Wandel des Schizophreniebegriffes in den letzten hundert Jahren 1
1.2. 0	Psychopathologie der Schizophrenie 9
1.2. 1	Störungen des Gedankenganges 11
1.2. 2	Affektstörungen 12
1.2. 3	Handeln und Willen 13
1.2. 4	Autismus und Ambivalenz 13
1.2. 5	Störungen der eigenen Persönlichkeit ... 13
1.2. 6	Sekundäre Störungen von Funktionen, die primär intakt bleiben 14
1.2. 7	Sinnestäuschungen 14
1.2. 8	Wahnideen 14
1.2. 9	Schrift und Sprache 14
1.2.10	Katatone Symptomatik 15
1.3. 0	Diagnosestellung der Schizophrenie 15
1.4. 0	Untergruppen 16
1.4. 1	Gliederung der Symptomatologie 17
1.4. 2	Gespaltenheit und Autismus als Erschei- nungen der Schizophrenie von primärer Bedeutung 18
1.5. 0	Verlauf schizophrener Psychosen 21
1.6. 0	Untergruppen und Globalentwicklung der Schizophrenie unter dem Aspekt des Symptomenwandels 21
1.7. 0	Endzustände und Prognose 22
1.8. 0	Zusammenfassung 24

Inhaltsverzeichnis

	Seite
2.0. 0	METHODIK 26
2.1. 0	Allgemeine Zielsetzung 26
2.2. 0	Untersuchungsplan und angewandte speziel- le Methodik 26
2.3. 0	Spezielle Zielsetzung und Einzelhypothe- sen 30
2.4. 0	Kritische Anmerkungen zur angewandten Methodik 31
3.0	30 KASUISTIKEN (Kurzzusammenfassungen).. 33
	Patient Herr AA..... 34
	Patient Herr A 38
	Patient Herr BB..... 42
	Patient Herr B 48
	Patient Herr CC..... 52
	Patient Herr C 55
	Patient Herr DD..... 60
	Patient Herr D 64
	Patient Herr E 68
	Patient Herr F 71
	Patient Herr G 75
	Patient Herr H 78
	Patient Herr I 82
	Patient Herr J 86
	Patient Herr K 89
	Patient Herr L 92
	Patient Herr M 96
	Patient Herr N 100
	Patient Herr O 105

Inhaltsverzeichnis

	Seite
3.0	Kasuistiken
	Patientin Frau P 108
	Patientin Frau Q 112
	Patientin Frau R 117
	Patientin Frau S 121
	Patientin Frau T 124
	Patientin Frau U 128
	Patientin Frau V 133
	Patientin Frau W 139
	Patientin Frau X 142
	Patientin Frau Y 147
	Patientin Frau Z 152
4.0.0.0	ERGEBNISSE 156
4.1.0.0	Allgemeines 156
4.1.1.0	Geschlechtsverteilung 156
4.1.2.0	Altersverteilung zu Beginn der Erkrankung 156
4.1.2.1	Frauen 156
4.1.2.2	Männer 156
4.1.2.3	Männer und Frauen gesamt 157
4.1.3.0	Soziale Schichtzugehörigkeit aller 30 nachuntersuchten Patienten 157
4.1.3.1	Intakte Familienverhältnisse 158
4.1.3.2	Zerrüttete Familienverhältnisse 158
4.1.3.3	Keine sicheren Angaben 159
4.1.4.0	Schulbildung, Berufsausbildung 159
4.1.4.1	Volksschule, Realschule, Gymnasium 159
4.1.4.2	Berufsausbildung 160

Inhaltsverzeichnis

	Seite
2.0. 0 METHODIK	26
2.1. 0 Allgemeine Zielsetzung	26
2.2. 0 Untersuchungsplan und angewandte speziel- le Methodik	26
2.3. 0 Spezielle Zielsetzung und Einzelhypothe- sen	30
2.4. 0 Kritische Anmerkungen zur angewandten Methodik	31
3.0 30 KASUISTIKEN (Kurzzusammenfassungen) ..	33
Patient Herr AA.....	34
Patient Herr A	38
Patient Herr BB.....	42
Patient Herr B	48
Patient Herr CC.....	52
Patient Herr C	55
Patient Herr DD.....	60
Patient Herr D	64
Patient Herr E	68
Patient Herr F	71
Patient Herr G	75
Patient Herr H	78
Patient Herr I	82
Patient Herr J	86
Patient Herr K	89
Patient Herr L	92
Patient Herr M	96
Patient Herr N	100
Patient Herr O	105

Inhaltsverzeichnis

	Seite
3.0	Kasuistiken
	Patientin Frau P 108
	Patientin Frau Q 112
	Patientin Frau R 117
	Patientin Frau S 121
	Patientin Frau T 124
	Patientin Frau U 128
	Patientin Frau V 133
	Patientin Frau W 139
	Patientin Frau X 142
	Patientin Frau Y 147
	Patientin Frau Z 152
4.0.0.0	ERGEBNISSE 156
4.1.0.0	Allgemeines 156
4.1.1.0	Geschlechtsverteilung 156
4.1.2.0	Altersverteilung zu Beginn der Erkrank- kung 156
4.1.2.1	Frauen 156
4.1.2.2	Männer 156
4.1.2.3	Männer und Frauen gesamt 157
4.1.3.0	Soziale Schichtzugehörigkeit aller 30 nachuntersuchten Patienten 157
4.1.3.1	Intakte Familienverhältnisse 158
4.1.3.2	Zerrüttete Familienverhältnisse 158
4.1.3.3	Keine sicheren Angaben 159
4.1.4.0	Schulbildung, Berufsausbildung 159
4.1.4.1	Volksschule, Realschule, Gymnasium 159
4.1.4.2	Berufsausbildung 160

Inhaltsverzeichnis

	Seite
4.1.5.0 Familienstand zur Zeit der Nachunter- suchung	161
4.1.6.0 Lebensalter zur Zeit der Nachunter- suchung	161
4.1.6.1 20 bis 30 Jahre	161
4.1.6.2 31 bis 40 Jahre	161
4.1.6.3 41 bis 50 Jahre	161
4.1.6.4 51 bis 60 Jahre	161
4.1.6.5 60 Jahre und älter	162
4.1.6.6 Zusammenfassende zeichnerische Dar- stellung	162
4.2.0.0 Verlaufsweise und Verlaufsentwicklung der Krankheit	162
4.2.1.0 Akuter Beginn zu nachfolgendem chro- nischen Verlauf	163
4.2.2.0 Akut in Schüben	163
4.2.2.1 zu chronischer Verlaufsentwicklung	163
4.2.2.2 mit vollkommener Remission	163
4.2.3.0 Schleichender Beginn mit nachfolgendem chronisch progredienten Verlauf	164
4.3.0.0 Erforderliche Hospitalisationsdauer während des Krankheitsverlaufes	164
4.3.1.0 Gesamtdauer der nachuntersuchten Männer und Frauen	164
4.4.0.0 Unterformen zur Zeit der Nachunter- suchung	165
4.4.1.0 Hebephrene Schizophrenie	165
4.4.2.0 Paranoid-halluzinatorische Schizo- phrenie	165

Inhaltsverzeichnis

	Seite
4.4.3.0 Katatone Schizophrenie	165
4.4.4.0 Nicht einer einzigen überlieferten Unterform zuzuordnen	166
4.5.0.0 Unterformen zu Beginn der Erkrankung ..	166
4.5.1.0 Hebephrene Form	166
4.5.2.0 Paranoid-halluzinatorische Form	166
4.5.3.0 Katatone Form	167
4.5.4.0 Unklare Form	167
4.6.0.0 Zuordnung zu den Unterformen ab dem 6. Krankheitsjahr bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung	168
4.7.0.0 Krankheitssymptome	170
4.7.1.0 Wesentliche Symptome bei der Erstmani- festation (bis ca. sechs Wochen da- nach)	171
4.7.2.0 Hauptsymptome während des folgenden Krankheitsverlaufes bis zur Zeit der Nachuntersuchung	176
4.7.3.0 Symptome zur Zeit der persönlich durchgeführten Nachuntersuchung	188
4.7.4.0 Symptome unter Berücksichtigung des Gesamtverlaufes mit anschließender Diagnosestellung	199
4.8.0.0 Festgestellte Symptome auf einen Blick	214
4.8.1.0 Hauptsymptome der HEBEPHRENIE zur Zeit der Nachuntersuchung	214
4.8.2.0 KATATONE Hauptsymptome zur Zeit der Nachuntersuchung	217
4.8.3.0 Hauptsymptome der PARANOID-HALLUZINA-	



Inhaltsverzeichnis

	Seite
TORISCHEN Schizophrenie zur Zeit der Nachuntersuchung	219
4. 9.0.0 Leistungsfähigkeit der Patienten in der Arbeitstherapie zur Zeit der Nachunter- suchung	221
4. 9.1.0 Tabellarische Übersicht: Männliche Patienten	221
4. 9.2.0 Tabellarische Übersicht: Weibliche Patienten	222
4.10.0.0 Überwachungsbedürftigkeit der Patien- ten zur Zeit der Nachuntersuchung	223
5.0 DISKUSSION	224
6.0 ZUSAMMENFASSUNG	244
7.0 KURZZUSAMMENFASSUNG	253
8.0 LITERATURANGABEN	256
DANKWORT	
LEBENS LAUF	

1.0.0 EINLEITUNG

1.1.0 Der Wandel des Schizophreniebegriffes in den letzten hundert Jahren

Die schizophrene Krankheit zählt man zu den endogenen Psychosen. Zur näheren Erläuterung dieses Begriffes be-
ruft sich W. JANZARIK auf eine Ausführung K. SCHNEIDERS
aus dem Jahre 1924. Demnach "beschränkt sich dieser Be-
griff in der konsequentesten Formulierung auf das, "was
man wirklich weiß": Endogene Psychosen sind (körperlich
nicht begründbare) psychotische seelische Abnormitäten"
(48, S 2).

Der Begriff des Endogenen in der Psychiatrie leitete sich
von der Annahme ab (vgl. 11), daß, wie M. BLEULER behaup-
tet, "die Seele unabhängig vom Körper und unabhängig vom
Erleben der Umwelt, "von innen heraus" erkranken könne"
(11, S 406). Diese Aussage gilt im Grunde genommen auch
heute noch. Spricht man heute nämlich von endogenen Psy-
chosen, so meint man damit zunächst nur "Geistesstörungen
unbekannter Genese" (vgl. 11). E. ZERBIN-RÜDIN (41, S 29)
schreibt 1979 hierzu: "Der Schizophreniebegriff wird
höchst verschieden definiert und ausgelegt. Dementspre-
chend wird die Schizophreniediagnose an den einzelnen
Kliniken unterschiedlich aufgefaßt und gehandhabt, je
nach Einstellung des betreffenden Klinikleiters. Das gilt
schon für die Kliniken eines einzigen Landes und mehr
noch für Kliniken verschiedener Länder. Die Psychiater
sprechen also nicht nur im buchstäblichen, sondern auch
im übertragenen Sinn verschiedene Sprachen und nicht
jeder versteht unter Schizophrenie das gleiche."
Stellt das Krankheitsbild der schizophrenen Psychose -
nach KLAESI (52, S 187) ist "die Psychose ein Kunstwerk

der Verzweiflung" - im Prinzip für sich alleine schon einen Anreiz dar, sich mit ihr zu beschäftigen, so erst recht, wenn man die allgemein gültige Auffassung berücksichtigt, daß ein Prozent der Bevölkerung, gleichgültig welchen Landes, welcher Kultur, an einer schizophrenen Psychose erkrankt sind.

Der Übergang von Symptom und Syndrom zur Diagnose erweist sich bei der Schizophrenie schwierig. M. BLEULER schreibt dazu, daß erst die Beantwortung folgender Fragen eine Aussage über das Vorliegen der Krankheit erlaubt: In was für Verbindungen mit anderen Symptomen und anatomischen Befunden, bei welchem Verlauf, nach welchen Ursachen kommt das Symptom vor? Eventuell: Auf was für eine Grundstörung ist es zurückzuführen? Kurzum, BLEULER postuliert das Zwiesgespräch mit dem Kranken und eine ausführliche anamnестische Befragung (vgl. 17).

Obwohl E. BLEULER (10) Schizophreniedefinitionen verschiedener Schulen seinerzeit kritisierte, so akzeptierte er dennoch die Dementia praecox als Krankheitsbegriff. Dieser beinhalte nämlich eine Symptomatologie, die "nur ihm zukommen und immer vorhanden sind. Dadurch erhält die Krankheitsgruppe nach außen wirkliche Grenzen" (10, S 227). KRAEPELINS Beschreibung der gemeinsamen Symptome galt für akut und chronisch zu einem schweren Dauerzustand führenden geistige Erkrankungen, bei denen keine organischen Ursachen zu finden waren (vgl. 11). Da E. BLEULER jedoch in seiner theoretischen Grundeinstellung eine andere Position vertrat als viele seiner Fachgenossen, suchte er nach einer neuen Begriffsbestimmung für die in Frage stehende Krankheit und führte deshalb 1911 die "Schizophrenie" als Bezeichnung ein, "weil er in einer Spaltung (schizo = ich spalte) des Geistes (phren = Geist) bzw. der Gesamt-

persönlichkeit, in einer mangelhaften Einheit von Denken, Fühlen und Wollen die wesentliche Störung erblickte" (41, S 67). Durch die Vielgestaltigkeit im Erscheinungsbild und Verlauf der Schizophrenien, auch die Ätiologie ist äußerst kompliziert, erscheint eine Kurzdefinition unmöglich. Eine Beschreibung muß demnach relativ ausführlich sein. Sehr plastisch und knapp ist die Begriffserläuterung von G. EWALD (27, S 446): "Die Persönlichkeit ist auseinandergebrochen, ist völlig "anders" geworden in äußerem Ausdruck und innerem Erleben, sie hat ihren inneren Zusammenklang, ihre Einheitlichkeit verloren, ist "gespalten", "zerfällt". Die Gedankeninhalte sind fremdartig und unverständlich, sie werden oft von gegensätzlichen, nicht entsprechenden Gefühlen oder Affekten begleitet, über schwere Verfolgungen wird mit Gleichmut oder gar lächelnder Miene berichtet, man begründet in unbegreiflicher Weise eine aggressive Handlung mit Demut. Die Logik, die uns alle bindet, hat für den Kranken keine Geltung mehr, "ataktisch" taumeln Gedanken, Gefühle, Triebe, Impulse durcheinander, eine "intrapsychische Ataxie" (STRANSKY), ein "Durcheinandertaumeln der Psychismen" hat Platz gegriffen. Wie ein Sturm kann die Krankheit hochakut hereinbrechen; in anderen Fällen verläuft alles matter. Eine "Minderung der Assoziationsspannung", wie E. BIEULER sagte, hat diese Unordnung heraufgeführt; eine "Störung im Aktivitätshaushalt" (GRUHLE) ruft hier ein Zuviel, dort ein Zuwenig an Impulsen und Energien hervor, die Affekte sind bald matt, bald von sinnloser Stürmischkeit, gewaltsame motorische Entladungen wechseln mit stuporösem Erstarren, eine "Hypotonie des Bewußtseins", eine mangelhafte "Bewußtseinsstraffung" (BERZE, C. SCHNEIDER, EWALD) läßt bei voller Wachheit eine alogische, zuweilen deutlich traumähnliche Erlebnisweise entstehen, die sich dann mit der Wirklichkeit vermischt und allerorts zu Zusammenstößen mit ihr führen muß."

Für die Schizophrenie gelten heute nach M. BLEULER folgende Kriterien (11, S 407):

"1. Schizophrenien sind Psychosen. Es ist falsch, psychische Veränderungen als Schizophrenien anzusprechen, die nie Grad und Charakter einer Psychose, einer Geisteskrankheit, angenommen haben.

2. Welche Psychosen sind Schizophrenien?

Das grundsätzliche Kennzeichen, das freilich nicht in jedem Stadium nachweisbar ist, liegt darin, daß das Gesunde dem Schizophrenen erhalten bleibt. Es wird nicht aufgelöst, sondern versteckt. Das schizophrene Leben ist weiter gekennzeichnet durch Mangel an Einheitlichkeit und Ordnung aller psychischen Vorgänge. Widerstrebende Vorstellungen und Emotionen werden ungenügend aneinander angepaßt und laufen widersprüchlich nebeneinander. Wie im Traum, im autistischen und im archaischen Denken des Gesunden überwiegt im Schizophrenen die Tendenz, sich - unbekümmert um die Realität - ein Bild der Welt nach dem eigenen widersprüchlichen Wesen und den eigenen widersprüchlichen Wünschen und Ängsten zu schaffen. Es resultieren die Zerfahrenheit des Denkens und des Gefühlslebens und die Unmöglichkeit, sich als einheitliche Person zu empfinden (Depersonalisation). Dazu kommen viele Symptome (meist in für die Schizophrenie eigenartiger Tönung), wie sie auch andern Psychosen zukommen. Nicht zu den Schizophrenien zu rechnen sind Psychosen, welche durch das amnestische Psychosyndrom oder die charakteristischen Denk- und Gefühlsstörungen gekennzeichnet sind.

3. Der Verlauf der Schizophrenien ist insofern verschieden, als sie in jedem Stadium stillstehen oder sich wieder zurückbilden, ebenso aber auch das ganze Leben in schwerster Art andauern können. Eine Einheitlich-

keit des Verlaufs jedoch liegt darin, daß die Schizophrenien - wenn sie fortschreiten - immer in einer bestimmten Richtung fortschreiten, die völlig anders ist als bei Psychosen infolge Hirnkrankheiten. Die schwersten chronischen schizophrenen Zustände hat man wie diejenigen bei Hirnkrankheiten "Verblödungen" (Demenzen) genannt. Schizophrene und organische Demenzen sind aber scharf auseinanderzuhalten.

4. Im Begriff der Schizophrenien liegt auch eine Vorstellung über die Ursachen: Nicht als Schizophrenien bezeichnen wir heute Psychosen, die sich ursächlich auf erkennbare körperliche Krankheiten zurückführen lassen. Ebenso wenig sind jene psychischen Störungen Schizophrenien, deren Entstehung als unmittelbare Reaktion oder reaktive Entwicklung auf bedrückende Lebenserfahrungen eindeutig und allgemein anerkannt ist.

Massenstatistisch (nicht in jedem Einzelfall) ist hingegen nachgewiesen, daß familiäre Faktoren und die persönliche Konstitution bei der Genese der Schizophrenien maßgeblich beteiligt sind. Unter den Verwandten von Schizophrenen häufen sich nämlich Schizophrenien, und Schizophrene sind häufig (nicht immer) schon vor der Psychose auffällige, besonders schizoide Menschen. Sicher ist weiter, daß die Lebensumstände, vor allem die Beziehungen zu den Mitmenschen, bei der Entwicklung von Schizophrenien eine wichtige Rolle spielen.

5. Schizophrene Kranke haben eine Behandlung notwendig. Im Durchschnitt verlaufen die Schizophrenien unter geschickter Behandlung günstiger als ohne solche. Viele von ihnen benötigen Fürsorge oder Pflege."

Die Tatsache, daß "die Gesamtpersönlichkeit aufgelockert, gespalten und der natürlichen Harmonie verlustig ist, was

sich gleichermaßen in Zerfahrenheit, der Parathymie und der Depersonalisation äußert" (11, S 434), soll Ausdruck finden in dem Namen Schizophrenie, wie M. BLEULER in seinem Lehrbuch schreibt. G. HUBER wiederum schreibt, daß nach Ausschluß einer durch die körperliche, internistische und neurologische Untersuchung definierbaren Hirnkrankheit, z.B. eines Hirntumors, einer Hirnentzündung oder einer Epilepsie (vgl. 41) zur Schizophrenie alle endogenen Psychosen gehören "mit schizophrenem, psychopathologischem Zustandsbild, unabhängig von ihrem Ausgang" (41, S 64).

Der Schizophreniebegriff wurde in den letzten Jahrzehnten ausgeweitet und die Spekulationen über die Ursachen der Schizophrenie haben sich z.T. von den vorhandenen Daten sehr weit entfernt. Als Beispiel dazu bringen wir eine Kasuistik und die dazugehörige Erläuterung des Schweizer Arztes und Psychologen L. LUKA: "Eine dreißigjährige Studienrätin wurde ihm zugewiesen. Sie war deprimiert und wollte ihren Beruf nicht mehr ausüben. Sie hatte auch zu nichts anderem Lust. Erregt, überkritisch, fand sie an nichts Freude. Sie wollte sogar nicht mehr weiterleben, sprach von Selbstmordgedanken. Isoliert, ohne Freude, fand sie sich zwecklos in einer alltäglichen, bürgerlichstädtischen Existenz. Sie empfand sich seit Jahren als sehr schlecht, schon im Grunde genommen. Den Beruf haben die Eltern für sie ausgewählt. Bei ihrer Begabung erreichte sie das Diplom, ohne daß sie es je gewollt hätte. Als Einzelgängerin führte sie während der Schul- und Universitätszeit und auch in den ersten Berufsjahren eine graue, liebe- und lustlose Existenz. Am Anfang ihres Lebens war allerdings alles ganz anders, bis zur Geburt ihrer kleinen Schwester. Sie war eifersüchtig. Diese Regung aber ver- suchte die Mutter sofort zu unterdrücken. Sie mußte das

Baby lieben, das alles haben und tun durfte, was für sie schon verboten war. Sie konnte so das Baby nicht lieben. Die Mutter sagte, daß sie böse sei, sie war jedoch nur eifersüchtig, wie es das übliche Verhalten größerer Geschwister einem Neuankömmling gegenüber ist. Die Mutter verlangte, daß die Eifersucht, diese geheime und böse Macht in ihr, verschwinde. Sie aber wollte die Liebe der Mutter unteilbar für sich allein haben. Infolgedessen wollte sie die kleine Schwester loshaben, und sie machte kein Geheimnis daraus, was für einen Haß sie gegen den aufgezwungenen Säugling hegte. Der Konflikt war klar. Sie wollte von der Mutter geliebt sein, gut sein, wie die Mutter es wünschte. Andererseits haßte sie den störenden Säugling spontan und von Herzen und konnte nicht anders. Dafür wurde sie aber als böse angesehen und verlor die Liebe der Mutter" (64, S. 286 f.). LUKA weist im Zusammenhang mit dieser Geschichte auf A. FREUD hin, die in ihrem Buch über das "Ich und die Abwehrmechanismen" einen ähnlichen Fall, den einer jungen Fürsorgerin beschreibt, die ebenfalls für die Außenwelt nicht als Kranke galt. A. FREUD (29) schreibt über sie das folgende: "Neid und Eifersucht verbinden sich schließlich zu einer starken Feindseligkeit gegen die Mutter. Da die Liebesbindung an die Mutter aber nicht geringer ist als ihr Haß gegen sie, beginnt in ihr nach einer ersten Periode von ungehemmter Wildheit und Schlimmheit ein intensiver Abwehrkampf gegen die negativen Regungen. Sie hat Angst, die Liebe der Mutter, die sie nicht entbehren kann, durch die Äußerung ihrer eigenen Haßgefühle zu verlieren. Sie hat Angst vor den Strafen der Mutter; und sie kritisiert sich selbst aufs schärfste für ihre eigenen verbotenen Rachege-lüste. In dieser Angstsituation und diesem Gewissenskonflikt macht ihr Ich Bewältigungsversuche verschiedener Art. (...) Die Patientin beginnt zu projizieren. Der Haß

den sie für die gleiche Person gefühlt hat, verwandelt sich in die Überzeugung, daß sie selbst von diesen Objekten gehaßt, zurückgesetzt oder verfolgt wird. Ihr Ich empfindet Entlastung vom Schuldgefühl. Sie ist aus einem schlimmen Kind, das sich böser Gefühle gegen die Personen seiner Umgebung schuldig macht, zu einem gequälten, benachteiligten, verfolgten Kind geworden. Aber ihr Wesen behält seit Benützung dieses Mechanismus einen Zug, der ihr das Leben in der Jugend und Erwachsenenheit außerordentlich erschwert."

L. LUKA sagt hierzu: "Wenn dieser erwähnte Zug so überstark wird, daß das Feedback der Realität, also das Echo der Umgebung, der Wirklichkeit, nicht mehr die unkorrekte Subjektivität korrigieren kann, sprechen wir mit Recht von paranoiden Zügen. Im Falle der subjektiv ganz grob entstellten Realität können wir von paranoider Ich-Spaltung sprechen, also von Schizophrenie. Die Grenzen zwischen diesen Verhaltensweisen sind nicht ganz scharf. In einer Sache kann der Mensch sich ganz der Wirklichkeit entsprechend verhalten, auf einem anderen Gebiet aber stark gestört, wirklichkeitsfremd handeln. Wenn das Individuum überwiegend wirklichkeitsfremd handelt, ist es sicherlich in einem permanent kranken Zustand, was eine Behandlung und sogar Internierung notwendig macht, damit verhindert wird, daß der Betreffende während seiner wirklichkeitsfremden Krankheit destruktiv, mörderisch oder selbstmörderisch handeln kann" (64, S 294). Auch wenn L. LUKA im weiteren behauptet, daß "dieses Wissen über Funktionsgestörtheit sehr neu ist" (64, S 294), haben diese Spekulationen über die Genese der Schizophrenie keine für die Therapie verwendbare oder die Ätiologie klärenden Faktoren aufgezeigt; sehr wohl aber haben sie den Schizophreniebegriff so weit ausgeweitet, daß heute wieder eine Unklarheit darüber besteht, welche klinischen Bilder zur Schizophrenie zu zählen sind und welche nicht

Durchaus auf dieser Linie liegen auch die Darstellungen in der Laienpresse, beispielsweise der Bericht einer im Alter von sechzehn Jahren schizophren Erkrankten von HANNAH GREEN mit dem Titel: "Ich habe dir nie einen Rosengarten versprochen" (30) oder ein Interview aus dem Jahre 1975 des Psychiaters HEINER KIPPHARDT, Autor des Buches: "Leben des schizophrenen Dichters Alexander März" (51), in dem KIPPHARDT sagt: "Mich interessieren zwei Gruppen von Menschen: Einmal die Evolutionäre, bei denen Gedanken und Handeln eine bestimmte Einheit bilden. Die andere Gruppe, die uns häufiger begegnet, das sind diejenigen, die den Druck der Verhältnisse, die Umstände, die unsere Gesellschaft für sensible Leute produziert, die also die gewöhnlichen Schrecken des Lebens nicht ertragen. Da sie keine ausreichend starke Anpassungsfähigkeit haben, ziehen sie sich aus der Gesellschaft zurück und werden zerstört in ihrem psychischen und geistigen Rezeptionsvermögen. Das sind die Geistesgestörten, die eine Gegenposition zur puritanisch-kapitalistischen Leistungsgesellschaft beziehen" (77).

Beide Beispiele zeigen, zu welchen Wandlungen der weite Schizophreniebegriff E. BLEULERS in den letzten 70 Jahren fähig war.

1.2.0 Psychopathologie der Schizophrenie

E. und M. BLEULER, K. SCHNEIDER, K. KLEIST und auch K. LEONHARD und G. HUBER, alle waren bemüht, die zu einer schizophrenen Psychose gehörenden Symptome genau zu beschreiben. Sind diese auch "nicht spezifisch für die Schizophrenie", wie G. HUBER schreibt (41, S 64), und lassen sie sich gelegentlich auch bei organisch begründeten Psychosen beobachten, so sind sie jedoch Voraussetzung für die

Diagnosestellung der Schizophrenie. Waren die Zielsetzungen der einzelnen Forscher auch unterschiedlich, so lassen sich doch Parallelitäten feststellen, auch unter dem Aspekt der unterschiedlichen Wertbeimessung der einzelnen Symptome.

Da wir im Folgenden hauptsächlich Ergebnisse der groß angelegten Schizophreniestudie M. BLEULERS (13), sowie Resultate und Folgerungen seines im gleichen Jahr erschienenen Beitrags: "Klinik der schizophrenen Geistesstörungen", veröffentlicht im Handbuch: "Psychiatrie der Gegenwart" (17) referieren werden, nehmen wir auch Bezug auf E. und M. BLEULERS Symptomenbeschreibung.

E. BLEULER (10) unterteilte die Symptomatologie der Schizophrenie in Grundsymptome und akzessorische Symptome, da er beide Gruppen in ihrer Wertigkeit unterschiedlich einstufte. Seiner Meinung nach ließen sich nämlich die Grundsymptome Affektstörungen, Störungen des Gedankenganges sowie Störungen des subjektiven Erlebens der eigenen Persönlichkeit "in fortgeschrittenen Fällen" stets beobachten. Im übrigen stellen die Grundsymptome laut BLEULERS Interpretation lediglich unterschiedliche Äußerungen der Spaltung der Gesamtpersönlichkeit des Erkrankten dar.

Vergleicht man K. SCHNEIDERS Beschreibungen der Ausdrucksstörungen mit E. BLEULERS Grundsymptomen, so findet man nicht nur viele Parallelen, sondern meist sogar Identisches. Ebenso verhält es sich bei den akzessorischen Symptomen, zu denen E. BLEULER hauptsächlich die Halluzinationen, die Wahnideen, katatone Symptome, funktionelle Gedächtnisstörungen und Eigenheiten von Sprache und Schrift rechnete. M. BLEULER (17) zufolge komplizieren diese akzessorischen Symptome das Grundbild der Schizophrenie, indem sie weniger dauernd als vielmehr nur in vorübergehenden Auftritten, also "nur in einzelnen Fällen" in Erscheinung treten. Diese entsprechen bezüglich wahnhaft

und halluzinatorisch veränderter Erlebnisweisen des schizophren Erkrankten sicherlich K. SCHNEIDERS Symptomen 1. und 2. Ranges. M. BLEULER allerdings weist ausdrücklich darauf hin, daß es zu Fehlschlüssen geführt habe, wenn "SCHNEIDERS Symptome ersten Ranges als primäre Symptome im Sinne von E. BLEULER betrachtet wurden. SCHNEIDER bezieht die Erst-rangigkeit auf die diagnostische Bedeutung und nicht auf die Psychodynamik" (17, S 27).

Im Folgenden werden wir nur kurz das Wesentliche der Symptomenbeschreibung E. BLEULERS, neubearbeitet und korrigiert in M. BLEULERS Lehrbuch (11), zusammenfassend zu referieren versuchen:

1.2.1 Störungen des Gedankenganges

Unklarheit, Zerfahrenheit, gelegentlich sogar bis zur Unverständlichkeit reichend, bilden den Spiegel der Verfangenheit des Schizophrenen "in eine imaginäre Welt von Vorstellungen, die seinem schwierigen Wesen besser entspricht als die wirkliche Welt. Neben krankhaftem Denken geht, oft versteckt, gesundes Denken und Urteilen weiter" (11, S 409).

Mangelnder Zusammenhang verbindender Glieder der Gedanken-kette, Beziehungslosigkeit, die oft Ausdruck in den verschrobenen Antworten auf konkrete Fragen finden, ungewöhnliche, krankhafte Zusammenhänge, wie auch Wort- und Begriffsbildungen oder Ideenflucht und Ablenkbarkeit des Kranken, des weiteren Störungen wie beispielsweise Dabenebenreden oder Gedankenabreißen, formale Denkstörungen also, führen zu jener Zerfahrenheit, die den Gedankengang des Schizophrenen für den Gesprächspartner beziehungslos, häufig nicht mehr nachvollziehbar werden läßt.

Wichtiger noch als die aufgezeigte Art des Denkens ist die Beurteilung des Denkinhaltes des Kranken. Dabei gilt es vor allem auf Äußerungen einer symbolhaften Sprache oder auf Begriffsverschiebungen zu achten und zu interpretieren.

1.2.2 Affektstörungen

Erscheinen die Erkrankten auch oft noch so gefühlskalt, unerklärlich gereizt und reizbar, steif und unnatürlich in ihren Gefühlsäußerungen, so kommt ihnen doch, wie BLEULER schreibt, "ein reiches Gefühlsleben zu, das aber eher als mit der Realität mit ihrer imaginären Vorstellungswelt Bezug hat. Oft sind ihre Gefühle für den Gesunden schon deshalb nicht einfühlbar, weil sich widersprechende Gefühle in ihrer Äußerung gegenseitig hemmen" (11, S 413).

Die sogenannte "affektive Verblödung", Eigenheit schwerer schizophrener Formen, wird unter der heutigen modernen Therapie nicht mehr beobachtet.

Enorme Reizbarkeit, die sich in Form von wutigem Aufbrausen, lautem Geschimpfe oder hin und wieder sogar in tätlichen Aggressionen zeigt, aber auch eine kaum nachvollziehbare Gleichgültigkeit, "Wurstigkeit" oder aber eine schauspielersisch zur Schau getragene euphorische Grundstimmung weisen auf die Affektstörung hin.

Ein sicheres, besser noch, eines der sichersten Zeichen der schizophrenen Psychose ist "der Verlust der affektiven Modulationsfähigkeit, die affektive Steifigkeit" (11, S 414).

Doch ist die Affektivität niemals vollständig erloschen, wie BLEULER schreibt. Vielmehr entdeckt man selbst in Zuständen, die "zuerst als volle "affektive Verblödungen" erscheinen, emotionelles Leben und Feinfühligkeit" (11, S 415), vorausgesetzt, man kennt den Kranken gut genug.

1.2.3 Handeln und Willen

Stets läßt sich eine mangelhafte Motivierung zahlreicher "einzelner Handlungen wie auch der ganzen Einstellungen zum Leben" (11, S 416) bei den Kranken feststellen. Eine Großzahl der Erkrankten leidet an Willensschwäche, "sowohl im Sinne der Apathie, wie auch der mangelnden Nachhaltigkeit des Willens" (11, S 416), wobei häufig noch ein "launischer Eigensinn" hinzukommt.

1.2.4 Autismus und Ambivalenz

Darüber werden wir in einem eigenen Abschnitt berichten, da M. BLEULER beide Symptome für besonders wichtige Aspekte der Schizophrenie betrachtet.

1.2.5 Störungen der eigenen Persönlichkeit

Depersonalisation, ein Gefühl, in dem sich der Erkrankte in seiner Krankheit selbst fremd vorkommt, ist beispielsweise eine solche Empfindungsstörung. Ebenso gehören dazu auch sogenannte transitive Erscheinungen, wobei der Kranke unumstößlich die Meinung vertritt, daß auch seine Umgebung wie er selbst Stimmen oder ähnliches höre.

Objektiv betrachtet, so M. BLEULER, "leidet die Persönlichkeit durch die große Selbständigkeit der einzelnen Strebungen und Einstellungen" (11, S 418).

1.2.6 Sekundäre Störungen von Funktionen, die primär intakt bleiben

Hierher gehören beispielsweise Gedächtnis, Empfindung, zeitliche und örtliche Orientierung wie auch die Wahrnehmung, die allesamt nicht direkt gestört sind, doch aufgrund verschiedener Verhaltensweisen, wie etwa Negativismus, Denkfaulheit u.s.w. für den Betrachter als gestört erscheinen können.

1.2.7 Sinnestäuschungen

Also Trugwahrnehmungen, denen jedes äußere Objekt fehlt: akustische, optische und hypochondrische Halluzinationen treten dabei besonders häufig auf. Des weiteren kommen aber auch noch gustatorische, taktile und kinästhetische Täuschungen vor. Hin und wieder treten in Verbindung mit den Halluzinationen auch Illusionen, das Verkennen realer Vorgänge auf.

1.2.8 Wahnideen

Die Ideen sind sehr vielfältig, wobei der Verfolgungswahn bei der schizophrenen Psychose recht häufig anzutreffen ist. Dieser wird, wie die meisten Wahnformen der Schizophrenie-Kranken, größtenteils durch einen enormen Beziehungswahn unterhalten.

1.2.9 Schrift und Sprache

Beide widerspiegeln "das schizophrene Denken und die veränderte Beziehung zu den Mitmenschen" (11, S. 424). Änderungen des Sprachtriebes wie Vielsprechen oder Mutismus, Abnormitäten

der Tonqualität, also zu laut, zu leise etc., manieriertes Sprechen, grammatikalische Störungen, Modulationslosigkeit, Neologismen und sonderbare orthographische Auffälligkeiten gehören beispielsweise hierher.

1.2.10 Katatone Symptomatik

Derartige Krankheitszeichen treten in Erscheinung als motorische Starre einerseits und als motorische Störungen wie Katalepsie, Hyperkinesie, Stereotypien, Manieren, Antriebsstörungen oder Negativismus, Befehlsautomatie, Echopraxie und Automatismen, inclusive der Zwangsphänomene andererseits.

1.3.0 Diagnosestellung der Schizophrenie

Entscheidend ist natürlich "das Zwiegespräch mit dem Erkrankten", sowie die "Erhebung der Geschichte seiner augenblicklichen Erkrankung, seiner früheren psychischen und körperlichen Erkrankungen und seiner Lebensentwicklung" (17, S 19). Die Notwendigkeit der intensiven Beschäftigung mit dem Kranken unterstreicht G. EWALD, wenn er sagt: "Die Fremdartigkeit besonders der akuten Zustände ist so groß, daß der Versuch, sie einfühlend zu verstehen, scheitert. So bleibt zunächst nichts anderes übrig, als diese rätselvollen Kranken nach ihrem äußeren Verhalten mit den Mitteln der "objektiven Psychologie" zu beschreiben, sie "von außen her" zu betrachten, ihre Denkstörung, ihre Gefühlseinstellung, ihre mehr oder weniger triebhafte Verhaltensweise einzeln zu untersuchen, um den Abwegigkeiten auf die Spur zu kommen" (27, S 446). G. HUBER andererseits stützt "die Diagnose "Schizophrenie" in erster Linie auf qualitativ eigenartige Erlebnisweisen, nämlich die Symptome 1. und 2. Ranges K. SCHNEIDERS", wie sie in dessen Buch: "Klinische Psycho-

pathologie" dargestellt sind (70), (41, S 71).

1.4.0 Untergruppen

Wenngleich es auch bisher üblich ist, nach der allgemeinen Diagnose Schizophrenie, die Kranken entsprechend der Symptomatologie den Unterformen Katatonie, Hebephrenie, Paranoid oder einfache Schizophrenie zuzuordnen (übrigens bemüht sich auch die WHO - World Health Organisation - durch die im ICD - International Classification of Diseases - definierten Untergruppen paranoid-halluzinatorisch, hebephren und kataton eine weltweite Übereinstimmung der schizophrenen Psychose zu erzielen (26)), hält M. BLEULER dieses Vorgehen jedoch nur für wenige typische Fälle vorteilhaft. Erklärend führt er dazu aus, daß die Großzahl schizophrener Kranken sich nicht in eine solche Untergruppe einfügt, da zum einen die zu beobachtende Symptomatologie eines Kranken "ebensogut oder ebensoschlecht in das Lehrbuchbild der einen oder anderen Unterdiagnosen paßt" (17, S 23) und zum anderen das Befinden eines Schizophrenen schnell wechseln könne, so daß innerhalb weniger Tage bei ein und demselben Kranken nacheinander oder nebeneinander die verschiedenen Syndrome auftreten können. Der gleichen Meinung ist u. a. auch G. HUBER (41, S 89). Er schreibt dazu: "Die neueren Verlaufsuntersuchungen zeigen, daß die Unterformen allenfalls eine typologische Querschnittsbeschreibung aus einer fließenden Mannigfaltigkeit von Verlaufsgestaltungen sein können."

Deshalb bemüht sich M. BLEULER (13) in seiner Schizophreniemonographie erst gar nicht, seine 208 beobachteten Patienten einer dieser Unterformen zuzuordnen, denn er hält die Unterteilung nach dem Verlauf für wesentlich wichtiger und aufschlußreicher.

1.4.1 Gliederung der Symptomatologie

Eine Gliederung der Krankheitszeichen erfolgt nicht nur aus praktischen Gründen, um beispielsweise ein Krankheitsbild zu gewinnen, eine Lehrmeinung wiederzugeben oder einen Diagnoseschlüssel zu vermitteln (vgl.17). Vielmehr soll durch eine solche Gliederung noch Wichtigeres erzielt werden: "Die Symptome sollten nach ihrem inneren Zusammenhang, nach ihrer Abhängigkeit voneinander, nach ihrer Bedeutung und nach ihrer Entstehung gegliedert werden" (17,S 25). Deswegen setzt sich M. BLEULER in seinem Beitrag im Handbuch der Psychiatrie von 1972 mit diesen verschiedenen Gesichtspunkten auseinander. Um Wiederholungen zu vermeiden, referiere ich nur auszugsweise darüber.

Das Wesentliche des Kapitels: "Gliederung der Symptome nach ihrem inneren Zusammenhang" scheint zu sein, daß seit 1911 bis in die Gegenwart "keine neuen Erscheinungen an Schizophrenen beobachtet"(17,S 28) wurden, welchen man eine primäre Bedeutung zusprechen könnte. Ein Resultat also, das immer wahrscheinlicher macht, "daß zwei längst bekannte Erscheinungen schizophrenen Lebens von primärer Bedeutung sein könnten: der Autismus und die Gespaltenheit" (17,S 28). Beides Symptome, deren primäre Natur früher vermutet wurde, heute aber widerlegt ist. Eine körperliche Ursache konnte bis heute schon gar nicht gefunden werden.

Bot sich seit Jahren auch immer wieder die Zerfahrenheit als primäres Symptom an, so zeigte sich doch überall da, "wo man engere Beziehungen mit Schizophrenen anknüpfte", daß die Zerfahrenheit, die so häufig festgestellte Denkstörung, "bei ein und demselben Schizophrenen eine wandelbare Erscheinung ist" (17,S 30).

In weiteren Ausführungen beschreibt M. BLEULER dann Er-

fahrungen anderer Forscher wie PRIEST, ARIETI u. a. und formuliert dann global: "Die Zerfahrenheit entsteht, wenn die innere Lage des Kranken unklare, alltägliche Äußerungen verunmöglicht oder unerwünscht macht" (17, S 33). Gleichwohl bzw. ähnlich verhalte es sich mit den Symptomen der affektiven Abstumpfung, der psychischen Adynamie oder der Affektivitätsstörungen. Denn, so M. BLEULER, "je mehr und je geschickter man sich mit Schizophrenen abgibt, je günstiger die Umstände zur Entfaltung ihrer Interessen, Talent und Leidenschaften sind, desto mehr treten Stumpfheit und Passivität zurück" (17, S 33). Im übrigen ist BLEULER zufolge die Affektivität des schizophren Erkrankten nicht erloschen, sondern einfach gehemmt.

Auch die Demenz kann nicht von primärer Bedeutung sein, denn schwerste chronische Zustände, die man früher immer wieder als schwerste Demenz und gleichzeitig als Endzustand beschrieb, entstehen heute, nach der Meinung BLEULERS kaum noch, und wenn, dann vor allem unter schlechter Pflege und Behandlung.

1.4.2 Gespaltenheit und Autismus als Erscheinungen der Schizophrenie von primärer Bedeutung

Es sind nicht neue Erkenntnisse, sondern die Neubewertung alter Erfahrungen, die mehr und mehr zeigen, daß die Gespaltenheit des psychischen Lebens oder der Autismus oder beide gemeinsam am ehesten als primäre Symptome aufzufassen sind, wenngleich E. BLEULER sie zu sekundären und somit zu den akzessorischen Symptomen zählte.

In einer anschließenden kurzen Literaturabhandlung versucht dann M. BLEULER für diese seine Auffassung mehr Bestätigung zu finden, indem er entsprechend zitiert, Bemerkungen zusammenfaßt oder aber auch mehrere Forscher wie WERNICKE;

KRAEPELIN, GROSS, MAYER-GROSS, BINSWANGER, FOLLIN u. v. a. mehr interpretiert, die sich allesamt mehr oder weniger mit der Bedeutung der Gespaltenheit als primäres Symptom auseinandersetzen.

Die Darstellungen zur Lehre des Autismus dagegen bewertete M. BLEULER als zu gering. Etwas Wesentliches erschien ihm nicht ausreichend betont bzw. herausgearbeitet worden zu sein, weshalb er es mit folgenden Worten selbst formulierte: "Der Mensch ist zwiespältig und der Schizophrene schon gar. Im Autismus zieht er sich auf sich selbst zurück und schließt sich von der Umwelt ab. Kennt man ihn gut, so spürt man aber mit Ergriffenheit, daß untergründig im Autismus gleichzeitig eine entgegengesetzte Tendenz zum Ausdruck kommt. In seinem Autismus gibt sich der Schizophrene wie er ist. Er verzichtet auf die Maske der Konvention. Er gibt sich nackt und ehrlich. In diesem Sichgeben liegt eine sehnsuchtsvolle Hoffnung: die Hoffnung, den Mitmenschen in einer echteren und besseren Art näher zu kommen als es ihm unter den stabilisierten gesellschaftlichen Regeln möglich gewesen ist. Hört man in den Schizophrenen hinein, so bemerkt man etwas, das simplifiziert in nüchterne Worte gefaßt etwa so lautet: "Bitte, bitte, nimm mich, wie ich eben einmal bin." Es ist eine Ahnung darum im Schizophrenen, daß das Öffnen des eigenen Wesens, des eigenen gequälten Herzens, die Herzen anderer öffnen könnte" (17, S 45).

Aus zweierlei Kriterien einer einzigen psychologischen Erscheinung sind für M. BLEULER eben diese Gespaltenheit und der Autismus am ehesten verständlich, denn beide bestehen und entwickeln sich gemeinsam in der Schizophrenie (17). Und am Ende dieses Kapitels: "Wesensverbundenheit zwischen Gespaltenheit und Autismus", kommt M. BLEULER zu dem Fazit, daß die schizophrenen Symptome "Ausdruck der autistischen

Auseinandersetzung mit der eigenen Gespaltenheit und Ausdruck des forcierten Versuches, nach einem selbst konzipierten Weltbild in der wirklichen Welt zu leben" (17, S 48) sind.

Darüberhinaus widmet M. BLEULER in seinen weiteren Ausführungen zur "Klinik der schizophrenen Geistesstörungen" noch ein weiteres Kapitel den beiden Symptomen Autismus und Gespaltenheit. Die Tatsache, daß dieses Thema mehr als ein Drittel seines Beitrags im Handbuch "Psychiatrie der Gegenwart" ausmacht, zeigt nicht nur inhaltlich, sondern auch rein vom äußeren Aspekt überdeutlich BLEULERS Bemühen, eben diesen beiden Krankheitszeichen primären Charakter zuzuschreiben.

M. BLEULER setzt sich in der weiteren Abhandlung über die primäre Symptomatik letztlich auch mit der "Dynamik des schizophrenen Krankheitsverlaufs im Lichte der Lehre von der primären Bedeutung von Gespaltenheit und Autismus" auseinander.

Daß im Autismus nicht nur die Abwendung vom Kranken, sondern auch "die Sehnsucht nach inniger, wahrhafter, natürlicher Zuwendung zum Mitmenschen" (17,S49) liegt, oder daß das autistische Persönlichkeitsgefühl auch Gutes und Heilendes bewirken kann, sind nur einige Feststellungen hierzu.

Was die Behandlung der schizophrenen Psychose betrifft, so fordert M. BLEULER schlicht und einfach mehr Einfühlungsvermögen des Behandelnden in "die Sehnsucht des Kranken nach Gemeinschaft, wie sie hinter seiner autistischen Abkapselung versteckt ist ... " (17, S 50).

1.5.0 Verlauf schizophrener Psychosen

Obwohl sich die Ergebnisse groß angelegter Verlaufsstudien der letzten Jahre, wie beispielsweise die von M. BLEULER (13) oder von G. HUBER (41) bezüglich ihrer Endresultate, nämlich Besserungstendenzen und mildere Verläufe schizophrener Psychosen, im Vergleich zu früher veröffentlichten Beobachtungen entsprechen, fällt doch auf, daß vor allem hinsichtlich der Definition der einzelnen Verlaufsformen verschiedene Meinungen bestehen. M. BLEULER unterscheidet so zum Beispiel in seiner Monographie acht Verlaufsformen, G. Huber (41) dagegen sogar zwölf, während W. JANZARIK (48) wiederum ganz anders bei der Typologisierung der schizophrenen Verläufe verfährt. Ohne nun näher auf diese Probleme einzugehen - offensichtlich scheint jedoch zu sein, daß eine enorme Uneinheitlichkeit und Unklarheit in der präzisen Definition der Verlaufsformen bestehen.

1.6.0 Untergruppen und Globalentwicklung der Schizophrenie unter dem Aspekt des Symptomenwandels

Im Gegensatz zu M. BLEULER (17), der nur in allgemeinen Formulierungen zu dieser Thematik Stellung nimmt, versuchten L. CIOMPI und C. MÜLLER (22) aufgrund genauerer Untersuchungen an alten Schizophrenen der Frage der Altersveränderungen schizophrener Psychosen im Zusammenhang mit den diagnostischen Untergruppen zur Zeit der Ersthospitalisierung nachzugehen. Die Ergebnisse ihrer Studien machten deutlich, daß bei der Erstaufnahme über die Hälfte der Patienten zur Untergruppe der paranoiden Schizophrenie gehörte, während die Katatonie ca. 22 % und die Hebephrenie nur ca. 8 % ausmachten. Der Rest der untersuchten Patienten verteilte sich auf die Diagnosen atypische Mischbilder,

schizoaffektive Psychosen, einfache Schizophrenien und unsicher. Bei der Nachuntersuchung dominierten mit ca. 56 % unspezifische Residualzustände. Bei 25 % der nachuntersuchten Patienten stellten L. CIOMPI und C. MÜLLER sogar eine Heilung fest. Dagegen spielten die Untergruppen paranoide Schizophrenie, Katatonie, Hebephrenie, schizoaffektive Mischpsychose, atypische Mischbilder und einfache Schizophrenie sowie die Diagnose unsicher nur eine untergeordnete Rolle.

In ihrer zusammenfassenden Darstellung heben L. CIOMPI und C. MÜLLER betont hervor, daß die "vorher als klar vorherrschend erkannte allgemeine Entwicklungstendenz in Richtung auf Heilung oder auf ziemlich unspezifische Residualzustände mit Verwischung der klassischen schizophrenen Untergruppen" hinweist, und ergänzen, daß "in Ausnahmefällen in allen Untergruppen ein volles Persistieren der ursprünglichen Psychose, oder aber ein Übergang in eine andere schizophrene Untergruppe vorkommen kann. Als am unstabilsten erwiesen sich in dieser Beziehung die schizoaffektiven Mischpsychosen, als am stabilsten die paranoiden Schizophrenien" (22, S 107).

1.7.0 Endzustände und Prognose

M. BLEULER hebt als bedeutendstes Resultat seiner Verlaufsstudie an 208 schizophrenen Patienten hervor, daß sich die schizophrenen Psychosen vom fünften Jahr nach der Erkrankung an nicht mehr verschlimmern, sondern daß sie in der Folgezeit eher zur Besserung neigen. Nicht etwa eine Stabilität, nein, eine immerwährende Fortentwicklung, in den meisten Fällen Besserungen vielmehr als Verschlimmerungen kennzeichnen die Schizophrenie. Einen Endzustand i.S. früherer Beschreibungen gibt es nicht (vgl. 13). Aussagen

zur Prognose kann M. BLEULER also aufgrund der von ihm beobachteten stetigen Wandelbarkeit schizophrener Verläufe nur in vager, oben beschriebener Form machen.

Verständlicherweise ist es schwierig bei einer endogenen Erkrankung mit einer vielfältigen Symptomatik und einem variablen Verlauf, so wie es bei der Schizophrenie eben der Fall ist, prognostische Kriterien zu finden. G. HUBER (41) jedoch, für den sich die Endqualität zum einen in der Reversibilität und zum anderen in der Rezidivneigung zeigt, suchte anhand seiner Bonn-Studie nach Faktoren und Faktorenkonstellationen, welche für die außerordentliche Verschiedenartigkeit der Verläufe und Ausgänge verantwortlich sein könnten und möglicherweise schon bei Beginn der Erkrankung im Einzelfalle greifbare Kriterien und somit prognostische Aussagen zulassen. Interessant, so G. HUBER, sind deshalb hinsichtlich der praktischen Voraussage der Entwicklung schizophrener Psychosen "die Beziehungen zwischen im Erkrankungsbeginn eruierbaren anamnestischen und klinischen Daten und Ausgang der Erkrankung" (41, S 118).

Laut G. HUBER lassen deshalb statistische Korrelationen mit signifikanten Ergebnissen, so bezüglich der Primärpersönlichkeit, der Schulbildung, der gestörten Familienverhältnisse und anderer, von der Krankheit unabhängiger Faktoren, prognostische Aussagen zu, wenn auch im konkreten Einzelfalle nicht unbedingt zwingend. Die Tatsache, daß dem Erkrankungsalter, entgegen früherer Auffassungen, kein prognostischer Wert zukommt, versucht G. HUBER anhand exakter Prozentzahlen zu verdeutlichen (41).

1.8.0 Zusammenfassung

Nicht nur die Begriffsdefinition der schizophrenen Psychose erweist sich aufgrund der bisher noch unbekannten Ätiologie als schwierig, sondern auch Aussagen über den Verlauf, die Psychopathologie, über allgemeingültige Therapiemöglichkeiten u.v.a. mehr bleiben nach wie vor problematisch, trotz umfangreicher Studien von M. BLEULER (13), G. HUBER (41) oder L. CIOMPI und C. MÜLLER (22) beispielsweise.

Während man sich früher bemühte, die verschiedenen Ausdrucksformen der Krankheit in Symptomenverbände, in Untergruppen einzuordnen, scheint ein solches Vorgehen heute immer mehr in den Hintergrund zu treten. Gerade obengenannte Forscher nämlich und Vertreter ihrer Schulen lehnen eine derartige Untergruppierung deshalb ab, weil sie ihrer Meinung nach nur in den seltensten Fällen über die Zeit stabil bleiben, sondern sich vielmehr immer wieder wandeln. Das heißt, die Zustände der verschiedenen Syndrome hebephren, kataton und paranoid wechseln sich ab oder gehen ineinander über. Der Symptomenwandel ist demnach also ein wesentliches Kriterium in der Globalentwicklung der schizophrenen Psychose.

Alle genannten Forscher halten infolgedessen den Verlauf der schizophrenen Erkrankung für wesentlich bedeutungsvoller als die Einteilung in Untergruppen. Aus diesem Grunde definieren sie zwar dann Verlaufstypen, wenngleich auch bezüglich dieser Definitionen Uneinigkeit besteht. Einigkeit aber besteht bezüglich der Globalentwicklung: Immerwährende Weiterentwicklung der Psychose, allgemeine Besserungstendenz im Falle der Beobachtung der Langzeitentwicklung und keineswegs ein Erreichen stabiler Endzustände im Sinne früherer Auffassungen.

Ein praktisch prognostischer Wert, so G.HUBER (41), kommt

der Verbindung zwischen anamnestischen und klinischen Daten zu Beginn der Erkrankung zu, was G. HUBER anhand statistischer Korrelationen aufzeigt.

Anhand der Untersuchung der gesamten Krankheitsgeschichte chronisch kranker, dauerhospitalisierter schizophrener Patienten versuchen wir in dieser Arbeit einen Beitrag zu leisten zur Darstellung des Verlaufes der Schizophrenie.

2.0.0 METHODIK

2.1.0 Allgemeine Zielsetzung

Eine genaue Beschreibung der Phänomene des kranken Seelenlebens in der Umgangssprache bildet die Grundlage sowohl für Querschnitts- als auch Verlaufsuntersuchungen in der Psychiatrie. Deswegen bildet die Fallbeschreibung den Ausgangspunkt für die klinische Forschung, die sich auf psychopathologische Daten bezieht. Der Hauptteil unserer Arbeit besteht darin, in den Fallbeschreibungen sowohl die Daten aus der Krankengeschichte als auch die Ergebnisse unserer Nachuntersuchung zusammenzutragen.

Um eine erfolgsversprechende Verlaufsuntersuchung durchzuführen, stellen wir vorab einige Anforderungen an unsere Arbeit:

1. Definition des Schizophreniebegriffes.
2. Die globale Diagnose Schizophrenie stützt sich einzig und allein auf das psychopathologische Zustandsbild.
3. Ein weiteres Ziel war es, möglichst kontinuierlich den Verlauf aufzuzeigen und zwar durch alle zur Verfügung stehenden Unterlagen. Das Studium der Langzeitentwicklung wird somit sicherlich wesentlich erleichtert.

2.2.0 Untersuchungsplan und angewandte spezielle Methodik

Jetzt wollen wir aufzeigen, nach welchen Gesichtspunkten wir die Kasuistiken, die die Basis der vorliegenden Untersuchung bilden, aufgebaut haben und wie wir die dazugehörigen Patienten ausgesucht haben.

Bei der Auswahl der Patienten verfolgten Herr VONDERSCHMITT (74)

und ich das Ziel, aus den hospitalisierten schizophrenen Patienten eine Zufallsstichprobe zu bestimmen. Dies war mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln und unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität der Durchführung unserer Arbeit nicht ohne weiteres möglich. Wir sind deswegen so vorgegangen, daß wir drei Häuser, in denen chronisch schizophrene Patienten behandelt werden, auswählten, die nach den Aussagen der Ärzte des Bezirkskrankenhauses Haar repräsentativ sind für die im ganzen Bezirkskrankenhaus behandelten schizophrenen Patienten. Herr VONDERSCHMITT und ich schloßen uns zu einer Gemeinschaftsarbeit zusammen, wobei wir insgesamt 60 Patienten gemeinsam klinisch nachuntersuchten. Jeder von uns übernahm dann 30 Fallbeschreibungen.

Sämtliche Patienten wurden im Bezirkskrankenhaus nachuntersucht.

Die nachfolgende Beschreibung skizziert in chronologischer Form unser methodisches Vorgehen.

1. Gestützt auf die aus der Krankengeschichte hervorgehende Globaldiagnose Schizophrenie, explorierten wir zunächst diese Patienten (1 Patient, 2 Untersucher). Somit konnten wir einen ersten Eindruck von den Patienten gewinnen, sie dabei kennenlernen und, wenn möglich, schon jetzt ein Vertrauensverhältnis herstellen.
2. Bestand aufgrund der Exploration kein Zweifel, daß der Patient die Aufnahmekriterien für die Übernahme in unsere Untersuchung erfüllte, so studierten wir eingehend die Krankengeschichte. Ausgeschlossen wurden von vornherein solche Patienten, bei denen aus den Krankenunterlagen hervorging, daß sie sicher oder wahrscheinlich an einer schweren hirnorganischen Er-

krankung (z.B. Epilepsie, entzündliche Erkrankungen des Gehirns) litten oder aber eine Suchtkrankheit (Alkohol, Drogen) bestand.

3. Waren die geforderten Bedingungen gegeben, so explorierten wir, Herr VONDERSCHMITT und ich, ein zweites Mal ausführlich die Patienten.

Zwar gestalteten wir das Gespräch so frei als möglich, doch mußten wir gelegentlich, um entsprechende Informationen und auch vergleichbare Auskünfte zu erhalten, die Führung der Exploration gezielt übernehmen. Da wir zu zweit waren, gelang es auch in den meisten Fällen, Ausschnitte aus dem Gespräch mitzuschreiben, ohne daß es auf den Patienten störend wirkte. Die am Ende jeder Exploration durchgeführte psychopathologische Überprüfung des Denkens war zum Zwecke besserer Vergleichbarkeit standardisiert. Einfach in der Formulierung, stellten wir dabei Unterschiedsfragen zur Prüfung des kritischen, konkreten und abstrakten Denkens. Kombiniertes Denken, also die Fähigkeit zur Herstellung sachlicher Zusammenhänge, prüften wir mittels Dreiwortproben sowie Interpretationen von Sprichwörtern, wie z.B.: "Morgenstund hat Gold im Mund", "Wer nicht hören will muß fühlen", "Was Du nicht willst, was man Dir tut, das füg' auch keinem andern zu" oder "Wer andern eine Grube gräbt, fällt selbst hinein". Mit einigen Fragen zur Beurteilung des Alt- und Kurzgedächtnisses sowie wenigen leichten Rechenaufgaben beendeten wir dann diese Denküberprüfung. Sehr zeitaufwendig war auch die Beschreibung der Ergebnisse der Beobachtung jedes einzelnen Patienten, wobei wir besonderes Augenmerk auf Motorik, Gestik, Auftreten und Verhalten der Patienten richteten.

4. Der Explorationsniederschrift schloßen wir eine möglichst lückenlose Rekonstruktion des Verlaufes bis heute an und zwar in Form psychopathologischer, verlaufs- und sozialpsychiatrisch bedeutungsvoller Befunde anhand der Beschreibungen und Fakten der Krankenunterlagen. Sämtliche vor, während und nach der Exploration gemachten Beobachtungen bezüglich des Patienten, wurden im Anschluß sofort schriftlich festgehalten.
5. Wo es möglich war, wurden zusätzlich noch Drittauskünfte von Schwestern, Pflegern und Ärzten eingeholt. Diese zusätzlichen Informationen wurden dann in die Fallbeschreibungen eingearbeitet.
6. Nach einem längeren Zeitraum dann folgte eine dritte psychopathologische Exploration der einzelnen Patienten in freier Form, diesmal zusammen mit Herrn Dr. STRAUSS (3 Untersucher, 1 Patient).
7. Sodann wurden sämtliche Beobachtungen und Informationen im Hinblick auf die Ergebnisse in der Runde von den Untersuchern geprüft und einer definitiven Beurteilung zugeführt.
8. Abschließend verfaßte ich dann die endgültigen Fallbeschreibungen. Eine Sammlung der ausführlichen Kasuistiken befindet sich im Archiv der Psychiatrischen Klinik der Universität. Eine Kurzzusammenfassung jeder Kasuistik wurde in diese Arbeit (s. 3.0) aufgenommen.

Die einzelnen Fallbeschreibungen beinhalten eine kurze Personenbeschreibung, Befunde insbesondere bezüglich Motorik und Gestik, des Auftretens und Verhaltens der Patienten und auch des Denkens. An die Beurteilung der Auffälligkeiten von Denken, Erleben, Antrieb, Interesse,

Affekt, Motorik und Kontaktfähigkeit schließen sich die Angaben zur Anamnese des Patienten an, die wir, wenn möglich, vom Patienten selbst erfragten oder aus dem Krankenblatt entnahmen. Anschließend folgt eine ausführliche Darstellung des gesamten Krankheitsverlaufes anhand der Krankenakte. Jeder Fallbeschreibung folgt abschließend eine knappe Zusammenfassung, die den gegenwärtigen Zustand, den Verlauf und den Symptomenverlauf beschreibt, um dem Leser das Durcharbeiten der Arbeit zu erleichtern.

Wir sind davon überzeugt, daß unser Vorgehen - psychopathologische Exploration in freier Form, Einhalten einer festen Struktur beim Formulieren der Fragen, ein der jeweiligen Situation flexibel angepaßtes Gespräch - allen anderen uns verfügbaren methodischen Möglichkeiten bei weitem überlegen ist.

2.3.0 Spezielle Zielsetzung und Einzelhypothesen

Das Vorhaben, den Verlauf und Ausgänge schizophrener Psychosen zu untersuchen, widersprüchliche Ergebnisse und hypothetische Feststellungen zu überprüfen, wirft u. a. nachfolgende Fragen auf:

1. Familiäre Belastungen mit Psychosen, Primärpersönlichkeit, schulische Leistungen, Familienverhältnisse.
2. Langzeitentwicklung der schizophrenen Psychose: Beginn, Alter und Art der Erkrankung, Art des Verlaufes unter dem zusätzlichen Aspekt der Zeit, insbesondere Wandelbarkeit bzw. Stabilität, Verlaufstyp, prognostische Hinweise der Psychopathologie und sozialen Situation.
3. Sind das klinische Bild bestimmende psychopathologische Symptomenkomplexe erkennbar? Wenn ja, bleiben sie stabil

oder ändern sie sich während des Verlaufes?

4. Zahl der notwendigen psychiatrischen Hospitalisationen und Krankheitsepisoden.
5. Psychopathologisches Bild zur Zeit der katamnestischen Erhebung.
6. Überwachungsbedürftigkeit der Patienten.
7. Speziell gehen wir der Frage nach, ob sich aufgrund des Gesamtverlaufes auch retrospektiv Untergruppen herausheben lassen, die eindeutig aufgrund der Psychopathologie zu erkennen sind und wie diese sich im zeitlichen Verlauf gestalten.
8. Gibt es richtungsweisende Kriterien (Verhalten, Symptome etc.) für eventuelle prognostische Aussagen?
9. Verlauf unter dem Aspekt der sozialen Entwicklung.

2.4.0 Kritische Anmerkungen zur angewandten Methodik

Bei der Interpretation unserer Daten ist zu berücksichtigen, daß es sich bei den Patienten nicht um eine strenge Zufallsstichprobe schizophrener Kranker handelt, sondern um chronisch Kranke, die infolge ihrer Behinderung auf eine dauernde Behandlung angewiesen sind.

Ein Teil der Daten stammt aus der Krankengeschichte. Dem möglichen Einwand, daß die Schlußfolgerungen der vorliegenden Arbeit von den Eintragungen in die Krankenakte allein abhängig ist, begegnen wir mit dem Argument, daß wir die Patienten persönlich nachuntersuchten und uns von der Gültigkeit der Fakten der Krankengeschichte in persönlichen Gesprächen überzeugten. Die globale Diagnose "Schizophrenie" der Krankenakte diente lediglich zur Auswahl der Patienten und wurde im weiteren Verlauf der Arbeit nicht mehr verwen-

det. Zweifellos war es aber auch von Vorteil, die vielen Informationen der Krankenakte genau und gezielt zu hinterfragen.

Aus Gründen des Datenschutzes wurden weder Namen der Patienten noch andere die Person identifizierende Daten in die Arbeit übernommen.

3.0 30 KASUISTIKEN (Kurzzusammenfassungen)

Herr AA, 49 Jahre

Zusammenfassung (04. 04. 1984)

Herr AA ist ca. 185 cm groß und macht mit seinen 100 kg Körpergewicht einen sehr kräftigen Eindruck. Sein äußeres Erscheinungsbild wirkt ungepflegt und stark vernachlässigt.

Mit dem heute 49-jährigen Patienten läßt sich nur ein oberflächlicher Kontakt herstellen. Sein psychisches Zustandsbild wird derzeit geprägt von seiner gleichgültigen, antriebsarmen, bequemen und allgemein desinteressierten Verhaltensweise, die sich besonders in seiner äußeren Ungepflegtheit, aber auch in seiner langsamen, verarmten und schwerfälligen Motorik zeigt.

Nicht weniger auffallend sind im Gespräch seine religiös-wahnhaften Ideen, die er zum Teil pathetisch und von prophetischen Gestikulationen begleitet vorträgt, und sein verworrenes und zerfahrenes pseudophilosophisches Gerede über Lebenssinn und Lebensinhalt. Das alles gibt Herr AA in einem manierierten und geschraubten Sprachstil zum Besten, wobei viele syntaktische und grammatikalische Fehlleistungen, aber auch Wortvergreifungen, und besonders zahlreiche unlogische Zusammenhänge und Folgerungen festzustellen sind. Häufig hat man zu Beginn seiner Antworten den Eindruck, daß Herr AA sinngemäß antwortet. Doch bald weicht er ideenflüchtig vom Thema ab und redet gedankenlos und unzusammenhängend drauflos. Abgesehen von seinen Glaubensvorträgen sind Gestik und Mimik fast leblos. Überhaupt ist Herrn AA's affektive Ausdrucksfähigkeit überwiegend auf ein läppisch-sorgloses,

dümmliches Lächeln beschränkt. Er wirkt affektiv insgesamt stark nivelliert.

Kennzeichnend für Herrn AA ist seine depressive und dysphorische Grundstimmung. Aus dieser resultieren vermutlich auch seine Ängstlichkeit und Mißtrauen, aber mehr noch das ablehnende und widerwillige Verhalten. Nicht selten zeigt er sich mißmutig-unzufrieden, besonders mit seiner stationären Unterbringung und den Verhältnissen auf der Station. Im krassen Gegensatz dazu steht seine Sorglosigkeit bezüglich der Ordnung und Sauberkeit auf der Station.

Zum aktuellen psychischen Zustandsbild zählen weiterhin eine sporadische Krankheitseinsicht, allgemeine Kritik- und Hilflosigkeit gegenüber seiner Lebenssituation und Zukunft, wenngleich auch gelegentlich eine treffende Realitätseinschätzung auftaucht, und nicht zuletzt das stark verarmte Denken und die Unfähigkeit zu produktiven Denkleistungen.

Die Denkstörungen treten in formaler Hinsicht als Ideenflucht, Inkohärenz, Paralogie und Danebenreden auf. Die inhaltlichen Störungen manifestieren sich als akustische Halluzinationen, die der Patient jedoch weitgehend dissimuliert, und besonders als religiöse Wahnideen und Verfolgungsideen.

Erst in späteren Krankheitsjahren produzierte Herr AA eine Kunstsprache, die er selbst als Esperanto definiert, de facto aber einem "Silbensalat" entspricht. Ebenso im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf trat beim Patienten zeitweise auch eine parakinetische Bewegungsunruhe in Erscheinung, die aber vermutlich als Spätdyskinesie infolge der langjährigen neuroleptischen Therapie zu deuten ist.

Die Krankheit begann um 1964 - Herr AA war 29 Jahre alt - und führte in Schüben zur heute bestehenden massiven Persönlichkeitsveränderung. Neben obig beschriebener Residualsymptomatik, die sich chronisch progredient entwickelte, waren diese akuten Spitzen, die insgesamt sechs Aufnahmen ins BKH notwendig machten, vor allem durch eine ausgeprägte psychotische Symptomatik gekennzeichnet. Diese bestand in Gereiztheit, Gespanntheit, verbalen und tätlichen Aggressionen, getrieben-psychomotorischer Unruhe, ängstlicher Agitiertheit und Krankheitsuneinsichtigkeit. Neben Beeinflussungsideen, ausgesprochen religiösen Wahnideen, Depersonalisationsempfindungen und Verwirrheitszuständen traten auch noch ein stark verworrener Gedankengang, Zerstörungswut, Kontaktunfähigkeit, Verwahrlosung, Unsauberkeit, hemmungsloses Gruppenverhalten und Arbeitsverweigerung in Erscheinung.

Sämtliche Merkmale waren erheblichen Schwankungen in ihrer Intensität unterworfen, insbesondere die Stimmungslage des Patienten. Dennoch konnte man zwischen 'ruhigen' und 'unruhigen' Episoden unterscheiden, wobei letztere als psychotische Exazerbationen immer starke Ähnlichkeit mit den hochakuten Einweisungszuständen aufwiesen. Im Verlauf der Krankheit muß auch auf wiederholte Brandstiftungsversuche (u. a. im Dezember 1981) und auf seinen Suizidversuch vom 10. 11. 1981, als Herr AA sich mit Hosenträgern in der Toilette erhängen wollte, hingewiesen werden.

Augenblicklich scheint beim Patienten, der derzeit in hohem Maße bezüglich einer Verwahrlosung gefährdet ist und intensiver pflegerischer Nachsorge bedarf, eine 'ruhige' Episode vorzulegen. Charakteristisch für solche

ist, daß Herr AA stets an der Arbeitstherapie teilnahm, allerdings mit stark wechselhaften Leistungen. Zur Zeit wird Herr AA vom Arbeitstherapeuten als "sehr faul" geschildert.

Herr A, 27 Jahre

Zusammenfassung (17. 05. 1983)

Herr A, ein gebürtiger Grieche, ist 27 Jahre alt, ca. 170 cm groß und leicht untersetzt. Seine Gesamterscheinung wirkt ungepflegt. Völlig verwahrlost sind seine Zähne, lasch und kraftlos seine Körperhaltung, bedingt durch die nach vorne fallenden Schultern, die herunterhängenden, schlenkernden Arme, die kyphotische Oberkörperhaltung und den adynamisch schlüpfenden Gang. Ohne Fluß und äußerst verlangsamt laufen auch Kopf- und Augenbewegungen ab. Dazu paßt der auffallend teilnahmslose Blick. Alles in allem wirkt sein Gesichtsausdruck fad und nichtssagend, besonders durch die ständig offene Mundstellung und die halb heraushängende Zunge.

Der Patient fällt derzeit insbesondere durch die Einförmigkeit seines widerstrebenden, uneinsichtigen und oft rechthaberischen Verhaltens auf. Dazu paßt sein permanent vorgetragener Entlassungswunsch in die Teutoburger Straße (soziopsychiatrisches Heim). Im krassen Gegensatz hierzu steht, daß Herr A seiner Krankheits- und sozialen Situation hilf- und kritiklos gegenübersteht und für seine Zukunft keinerlei vernünftige oder realistische Perspektiven aufweist. Sein ungepflegtes Äußeres unterstreicht seine Unselbstständigkeit. Macht man ihn darauf aufmerksam, reagiert er gereizt und gibt lauthals von sich, daß "er sich nicht krank machen lasse".

Interaktionen mit dem Patienten, dessen Grundstimmung etwas mißmutig-freudloses - die widerstrebenden Einwendungen im Gespräch sind ein Indiz dafür - ansich hat, sind nur mög-

lich, wenn man aktiv auf ihn zugeht. Er wirkt dann einförmig freundlich, wenig aufgeschlossen und plump im Umgang. Weniger vorsichtig als vielmehr abweisend im Kontakt läßt er mit grimmig-widrigem Verhalten das Gespräch desinteressiert und teilnahmslos über sich ergehen. Spontan spricht er kaum. Seine zwar prompten Antworten trägt er durchwegs - außer seinem Entlassungswunsch - lahm und redefaul vor. Kurz und schlampig sind sie in der Formulierung. Ebenso wenig ist Herr A auch um eine verständliche Artikulation bemüht. Meist nuschelt er monoton vor sich hin. Seine einfache, manchmal fast einfältige Ausdrucksweise, geprägt von zahlreichen syntaktischen und grammatikalischen Fehlleistungen, unterstreicht Herr A hin und wieder mit Neologismen, beispielsweise "Pigmatiker" oder "... wenn ich meinen Rhesusfaktor habe".

Nicht nur sein Kommunikationsverhalten, sondern auch sein Aktionsradius auf der Station und in der Patientengruppe wie auch sein Einsatz in der Beschäftigungstherapie leiden stark unter seiner ausgeprägten Gleichgültigkeit und Initiativlosigkeit.

Affektiv, die unbelebte Mimik und Gestik unterstreichen das, ist Herr A völlig verarmt, abgesehen von seinen sporadisch auftretenden aggressiven Wutausbrüchen und starken Verstimmungszuständen, die häufig mit Wahngedanken einhergehen.

Im Gespräch selbst konnten Herr VONDERSCHMITT und ich inhaltliche Denkstörungen nicht eindeutig eruieren. So negiert er Trugwahrnehmungen, spricht andererseits aber von einem "anonymen Anrufer, der Ratschläge und Drohungen ausspreche". Dagegen war bei der psychoexperimentellen Denküberprüfung deutlich eine allgemeine Denkverarmung fest-

stellbar. Diese manifestiert sich vor allem als Denkentgleisung und Denkverschommenheit. Weiterhin äußert sich seine Denkstörung in einer mangelnden Fähigkeit zu logischer Schlußfolgerung, Abstraktion und Konzentration.

Das psychopathologische Zustandsbild des 27-jährigen Patienten charakterisieren zur Zeit folgende Residualsymptome: verschrobenes Verhalten, Krankheitsuneinsichtigkeit, Urteilsunfähigkeit gegenüber Krankheit und sozialer Situation, Kontaktunfähigkeit, Interesse- und Initiativlosigkeit, hochgradige Affektnivellierung sowie formale und wohl auch inhaltliche Denkstörungen.

Die Krankheit des Herr A begann 1974. Der damals 18-jährige wurde psychisch auffällig und bis 1977 wiederholt in der Universitäts-Nervenlinik München stationär behandelt, insbesondere wegen formaler Denkstörungen, Affektveränderungen und bizarren motorischen Erscheinungen. Seit Juni 1977 befindet sich Herr A bis heute im BKH Haar.

Symptome, wie sie der aktuelle Untersuchungsbefund beschreibt, traten damals schon deutlich in Erscheinung. Hinzu kamen in den ersten Jahren im BKH noch Manierismen und Bewegungsstereotypen, die jedoch bis 1980 zusehends abnahmen. Kennzeichnend für den Krankheitsverlauf waren immer wieder vorkommende unberechenbare aggressive Ausschreitungen, die hauptsächlich nachts auftretende akustische Halluzinationen auszulösen scheinen. Diese, wie auch die gravierende Affektnivellierung und ausgeprägte Antriebschwäche machten eine Verlegung auf ein Haus für chronisch Kranke seit 1981 unumgänglich, die Herr A jedoch mehrere Male durch Entweichung selbständig unterbrach.

Im Längsschnitt zeigte sich beim Patienten ein chronisch

progredienter Krankheitsverlauf.

Da der in seiner Gesamtpersönlichkeit strukturlos und zerfließend wirkende Herr A ständig intensiver pflegerischer Beaufsichtigung bezüglich seiner Körperpflege bedarf, ist eine selbständige Lebensführung augenblicklich nicht vorstellbar, nicht zuletzt aufgrund seiner dauerhaften realitätsfremden und ziellosen Zukunftsvorstellung und seiner gravierenden "Eigenbrödelei".

In der Arbeitstherapie, in der er während seines Klinikaufenthaltes noch nie mit viel Engagement teilgenommen hat, leistet der nur sehr schwer lenkbare Herr A derzeit wenig Produktives, vorausgesetzt er verweigert sie nicht.

Herr BB, 46 Jahre

Zusammenfassung (28. 10. 1983)

Der vorgealtert wirkende 46 Jahre alte Patient ist 170 cm groß und mit 80 kg von gutem Ernährungszustand. Seine Konstitution scheint stämmig und muskulös-athletisch, wobei besonders seine Breitschultrigkeit auffällt. Im krassen Gegensatz dazu stehen die kraftlose, schlaffe Körperhaltung und der schwerfällig-adyname Gang: klein, breitbeinig, bedächtig-langsam und schlüpfend sind Herrn BB's Schritte, gebückt die Oberkörperhaltung, während gleichzeitig die Schultern haltlos nach vorne fallen und die Arme lasch-baumelnd herunterhängen.

Herr BB ist einfach, aber korrekt und sauber gekleidet und wirkt in seinem gesamten äußeren Erscheinungsbild gepflegt und geordnet. So trägt er auch sein tiefschwarzes, fettig-glänzendes Haar exakt in Strähnen zurückgekämmt, was seine haarlosen Stirnrandpartien besonders sichtbar macht. Nicht minder auffällig ist der hohe und breite Kopf des Patienten, den eine breite, tiefgefurchte Stirn, schwarze, bauschige Augenbrauen - darunter liegen tief eingebettete, große und freudlos-traurige Augen -, eine breite Nase und ein großer Mund mit ödematös-aufgetriebenen Lippen, hinter dem ein sehr lückenhaftes Gebiß zum Vorschein kommt, prägen. Die krankhaft anmutende, leuchtend fahl-graue Gesichtsfarbe, die auch im schwärzlich pigmentierten Bartbereich deutlich durchscheint, passt zum insgesamt reduzierten Allgemeinzustand des Patienten.

Herr BB ist in seinem Wesen still, langsam und unfroh, was auch der von Traurigkeit, Niedergeschlagenheit und Resignation erfüllte Gesichtsausdruck vermittelt. Gleichzeitig

drückt der ängstlich-mißtrauische - überhaupt scheint sein Mißtrauen fast ins Krankhafte auszuarten -, ratlose und hilfesuschende Blick aber auch seine morose, dysphorische Grundstimmung und lauernde Gereiztheit aus. Diese scheint unvermittelt explosibel und führt in unregelmäßigen Intervallen immer wieder zu unkontrollierten, erheblichen verbalen und auch tätlichen Aggressionen gegen seine Umgebung. Wie uns das Pflegepersonal berichtet, komme es während derartiger psychotischer Rezidive zu ängstlich-depressiven Verstimmungszuständen, hochparanoider Einstellung gegen die Umgebung, vegetativer Dysregulation und veränderter Wahrnehmung, in die auch zwanghafte und wahnhafte Phänomene einfließen. Beispielsweise gebe der Patient an, daß "er immer wieder bestimmte Gegenstände anschauen muß, die ihn ängstigen und auf ihn bedrohlich wirken". Nicht selten ließe sich Herr BB während solcher Exazerbationen zu Boden fallen, rufe um Hilfe, da "er sich nicht mehr auskennt, alle gegen ihn eingestellt sind, Menschen und Umgebung verzerrt und grauenhaft aussehen und er sich zum Sterben elend fühlt", was dann im krassen Gegensatz stehe zu seiner drohenden Aggressivität. Angedeutet erleben wir eine solche Stimmungsspitze, als uns Herr BB berichtet, daß er unter dummen Gedanken leide, die sich alle vermischten und er dann das Gefühl habe, alles zusammenschlagen zu müssen. Im selben Augenblick springt er vom Stuhl auf und zeigt sich drohend lautstark, um kurz darauf in eine weinerliche Stimmung zu verfallen.

Eine Kommunikation mit dem Patienten, der autistisch und tendentiell mutistisch vor sich hinlebt, ist nur möglich, wenn man aktiv auf ihn zugeht. Gelingt es, seine Kontaktvorsicht und ängstliche Zaghaftigkeit zu durchbrechen, ist mit ihm ein einigermaßen geordnetes Gespräch zu führen,

in dem er dann doch zugewandt und vorsichtig-freundlich aufgeschlossen Rede und Antwort steht.

Herr BB, der spontan nicht spricht, antwortet dabei in oberbayerischem Dialekt überwiegend sehr kurz und bruchstückhaft, häufig auch nur mit "Ja" oder "Nein". Seine Aussagen sind einfach strukturiert und schlampig artikuliert. Auch sprachliche Unebenheiten wie grammatikalische oder syntaktische Fehler, unvollständiger und abgehackter Satzbau treten immer wieder auf. Die Verständlichkeit jedoch wird vor allem durch die kloßig-nuschelnde Sprache beeinflusst. Einförmig und modulationslos ist seine Vortragsweise, weinerlich-klagsam, jammernd und mitunter plump mitleiderheischend seine Tonlage. Abgesehen von einem vereinzelt auftretenden inadäquaten, läppisch-stumpfverschrobene Lächeln ist seine affektive Beteiligung sehr dürftig. In seinem Affektgebaren ist er massiv abgestumpft, was im Einklang steht mit der mimischen und gestischen Verarmung, aber auch seiner ethischen Standpunktlosigkeit. Mit derber Ausdrucksweise erzählt er fast regungslos und ohne Scham, lediglich läppisch-einfältig lächelnd, von seinen sexuellen Erfahrungen mit Prostituierten.

Gleichermaßen schlecht ist es um die Initiative und das Antriebsvermögen des Patienten bestellt. Meist sitzt Herr BB, der wenig kritisches Bewußtsein und realistisches Urteilsvermögen für seine Situation erkennen läßt, desinteressiert und teilnahmslos auf der Station herum. Obwohl er sich häufig mit seinem Dasein im BKH, zumindest verbal, unzufrieden zeigt, steht er mit gleichgültig-sorgloser Einstellung perspektivelos seiner Zukunft gegenüber. Fragt man ihn, ob er sich krank fühle, bringt der Patient, der häufig dazu neigt, sein psychisches Leiden zu bagatel-

lisieren und dissimulieren, keine echte Krankheitseinsicht auf. Lediglich in seinem Zittern sieht er einen Krankheitswert.

Gerade dieses Zittern, das immer wieder blitzartig seinen ganzen Körper erfaßt, wie auch das unruhige Tänzeln oder Hüpfen auf der Stelle, das fast permanente Beinewackeln oder das stetige Reiben mit den Füßen, während er sitzt, und nicht zuletzt sein plötzliches Aufspringen und nervöses Auf- und Abgehen gehören zu den auffälligsten Symptomen des Patienten. Trotz dieser Bewegungsunruhe, vermutlich handelt es sich z. T. auch um medikamentös bedingte Spätdyskinesien, wirkt Herr BB in seiner Motorik insgesamt eher verlangsamt und gebunden-steif. Besonders, wenn er während des Gesprächs die Oberarme an den Körper preßt und die Unterarme mit gespreizten Fingern rechtwinklig von sich streckt oder die Arme krampfhaft auf der Brust verschränkt hält, um nur diese beiden Beispiele zu nennen.

Denkstörungen treten sowohl in formaler wie inhaltlicher Hinsicht in Erscheinung. Letztere manifestieren sich als Beeinträchtigungs- und Beziehungsideen. Dagegen sind die formalen Störungen weniger deutlich erkennbar, zeigen sich aber immer wieder, sofern man mit Herrn BB ins Gespräch kommt, im Sinne eines verschwommenen bis zerfließenden Denkens. Während akuter psychotischer Episoden treten beide Formen von Denkstörungen ausgeprägt - die formalen beispielsweise als Inkohärenz, Danebenreden, Gedankenabreißen, Gedankenentzug - in Erscheinung. Außerdem steht Herr BB vermutlich fast ständig unter dem Einfluß von akustischen und optischen Halluzinationen, wenngleich diese infolge der Dissimulierungsneigung des Patienten nicht eindeutig eruierbar sind.

Insgesamt gesehen ist das Denken von Herrn BB, der die Denküberprüfung erstaunlich gut bewältigt - beachtenswert dabei sein Altgedächtnis, Konzentrationsvermögen und die Fähigkeit bei den Unterschiedsfragen und der Sprichwortinterpretation, den Kern der Sache zu erkennen-, verlangsamt und vergrößert, aber nicht massiv verarmt.

Zusammengefaßt charakterisieren folgende Residualsymptome das aktuelle psychopathologische Zustandsbild des Patienten: dysphorische Grundstimmung, Stimmungs labilität mit aggressiven Ausbrüchen und akute Wahnhaftigkeit, Autismus, Neigung zu Mutismus, Kontaktarmut, Affektnivellierung mit intermittierender läppisch-stumpfer Euphorie, Initiative- und Antriebslosigkeit, erhebliche Beeinträchtigung des kritischen und realistischen Denkens, Gleichgültigkeit, sorglose und uninteressierte Einstellung gegenüber der Zukunft, Krankheitsuneinsichtigkeit, Verarmung der Psychomotorik sowie inhaltliche und formale Denkstörungen.

Ein genauer Beginn der psychischen Krankheit des Herrn BB ist nicht bekannt, jedoch ist anzunehmen, daß die Krankheit etwa im 25. Lebensjahr begann und bis heute einen chronisch progredienten Verlauf zeigte, der mehrere stationäre Aufenthalte im BKH notwendig machte. Seit 1970 allerdings befindet sich Herr BB, bei dem die Krankheit zu einem massiven Persönlichkeitsverfall geführt hat, ununterbrochen im BKH.

Von Anfang an traten Symptome auf, die auch heute noch während des jetzigen Residualzustandes vorhanden sind, wobei deren Intensität im Langstreckenverlauf wechselte. Zu einer Beruhigung der Krankheit kam es bis zum heutigen Tag nicht. Typisch für den Verlauf war, daß immer wieder,

das gilt bis in die Gegenwart, in unterschiedlichen Zeitabständen und wechselnder Frequenz akut psychotische Exazerbationen auftraten.

Eine selbständige Lebensführung des Patienten ist derzeit nicht denkbar, nicht zuletzt aufgrund der massiven Antriebslosigkeit, die den Patienten seit Ausbruch der Krankheit arbeitsunfähig machte und dazu führte, daß der Patient auch unter Anleitung nur sehr wenig Aktivität entfaltete.

Augenblicklich besucht Herr BB zwar regelmäßig die Arbeitstherapie, ermüdet dort jedoch sehr schnell und erweist sich dann schon bei einfachen Verrichtungen rasch als insuffizient.

Herr B, 49 Jahre

Zusammenfassung (28. 05. 1983)

Der 49-jährige, in der CSSR geborene Patient ist 175 cm groß und mit 86 kg Körpergewicht von untersetzter Statur. Unordentlich und ungepflegt wirkt sein Gesamteindruck. Der Gesichtsausdruck scheint fast unheimlich, bedingt durch das lichte, wild zerzauste Haar, das total verwahrloste Gebiß, die tiefliegenden Augen und die markant vorspringenden Wangenknochen. Das blaß-fahle Hautcolorit und die lederartige, rauhe und von zahlreichen Falten tief zerfurchte Haut ergänzen diesen Eindruck.

Im Vordergrund der Merkmale stehen Herrn B's ausgeprägte Antriebs- und Kontaktarmut, Initiativlosigkeit, allgemeine Interessenabstumpfung und Verschrobenheit. Nicht weniger auffällig sind die emotionale Verflachung und Nivellierung des Affekts, der zwischen stumpfer Apathie und inadäquat erregtem Agieren wechselt. Gleiches gilt für den Gesichtsausdruck. Auch er wechselt ständig zwischen grimmig, mürrisch, mißtrauisch, fast böseartig und gleichgültig, leer. Adäquate mimische Reaktionen sind bei Herrn B nicht mehr feststellbar. Sie sind auf ein läppisch-verschrobenes Grinsen oder Grimassieren reduziert. Die Gestik andererseits besteht nur noch aus ruckartigen und werfenden, ziellosen Bewegungen.

Freudlos-unzufrieden ist Herrn B's Stimmung. Unfreundlichkeit, Sperrung und Mißmut kennzeichnen sein Verhalten. Immerzu und ohne affektiven Nachdruck moniert und queruliert der Patient, was in einer auffallenden Einförmigkeit geschieht. Seine Klage erscheint insofern mehr als

manierierte Betätigung denn als sinnvolles Handeln.

Ein geordnetes Gespräch ist mit dem bewußtseinsklaren und allseits orientierten Patienten nicht möglich. Während er sich auf konkrete Fragen kaum fixieren läßt, steht sein sonstiges Antwortverhalten in engem Zusammenhang mit seiner Willenseinstellung und sehr wechselhaften Aufmerksamkeit. Der Gedankengang ist stark verlangsamt, vor allem aber vage bis zerfahren, umständlich und sprunghaft, wenngleich Herr B im Sinne eines haftenden Denkens immer wieder auf seine Antriebsstörung und fehlende Sexualität und Potenz hinweist. Überhaupt läßt sich feststellen, daß Herr B inhaltlich im wesentlichen auf die Themen Sexualität und Religion eingeengt ist.

Monoton, modulationslos und undeutlich artikuliert ist seine Sprache. Dennoch können wir Herrn B, der durch seine mangelnden Deutschkenntnisse viele syntaktische und grammatikalische Fehler macht, ausreichend verstehen.

Bei der psychoexperimentellen Denküberprüfung erkennt Herr B nicht immer den Kern der Sache. Sein Denken wird dann zerfließend, insbesondere bei Aufgaben des konkreten Denkens und der Sprichwortinterpretation.

Inhaltliche Denkstörungen traten während unserer Exploration nicht in Erscheinung. Wahnideen, vornehmlich religiösen und sexuellen Inhalts, sind aber, so berichtet uns das Pflegepersonal, neben hochgradigen Erregungszuständen und einer erhöhten Aggressionsbereitschaft gegenüber seiner Umgebung charakteristisch für die in unterschiedlichen Zeitabständen und mit wechselnder Frequenz auftretenden Exazerbationen.

Trotz der para- und hyperkinetischen Bewegungsunruhe, die

größtenteils stereotyp in manierter Weise auftritt, wirkt Herr B in seinem Bewegungsablauf insgesamt verarmt.

Die Krankheit des Patienten begann vermutlich 1955, als der damals 21-jährige Herr B als Bäcker auf Wanderschaft ging und einen kontinuierlichen sozialen Abstieg durchmachte. Seit seiner ersten Aufnahme 1958 ins BKH war der Krankheitsverlauf bis heute chronisch progredient und führte zu einer massiven Persönlichkeitsveränderung.

Geht man von den Anfangssymptomen ablehnend, dreist, aufdringlich, umtriebig, ausfällig, distanzlos, krankheitsuneinsichtig, ambivalent, arbeitsscheu, unruhig, affektiv gereizt, paranoid, gedankenzerfahren, denkgestört, sowie seinem Gedankenabreißen, Danebenreden, seiner Verwahrlosungstendenz, besonders aber von seiner zwischen völliger Abstumpfung und plötzlich psychotischen Exazerbationen wechselnden Affektlage aus, so zeigt sich über Jahre hinweg bis ad hoc sehr deutlich eine Stabilität der Symptomatik. In ganz besonderem Maße gilt diese Feststellung für die aus Herrn B's Zitaten und angeführten Briefen hervorgehenden Kommunikationsstörungen. Sehr eindrucksvoll demonstriert uns Herr B, wie abrupt, aber doch selbstverständlich er von einem scheinbar geordneten und grammatikalisch doch richtig formulierten Gedanken abkommt und sich in einen konfusen und agrammatikalischen und abgehackten Gedankenablauf und Wortsalat flüchtet.

Für sämtliche aufgeführten Symptome gilt, daß sie während des gesamten Krankheitsverlaufes lediglich in ihrer Intensität verschieden stark ausgeprägt waren und sind.

Seit jeher schwierig gestaltete sich die Integration des Patienten in die Arbeitstherapie. Seine Leistungen, die in ausgeprägter Form seiner Stimmungslage unterliegen,

waren immer bescheiden. Unstet zeigt sich Herr B selbst bei anspruchsloser Arbeit.

Besondere Vorkommnisse während seiner nun 25-jährigen Hospitalisation waren zahlreiche Entweichungen und wiederholt geäußerte Suizidgedanken, die Herr B im März 1980 durch Strangulation mittels Hosenträger und im April 1982 durch Pulsadereröffnung der linken Hand zu realisieren versuchte.

Erwähnt werden sollte auch noch, daß seine Mutter, nachdem sie schon 1942 wegen Beziehungs-, Bedeutungs- und Beeinträchtigungsideen ins BKH aufgenommen werden mußte, von 1947 bis zu ihrem Lebensende 1968 in einer streng überwachten Krankenabteilung im BKH untergebracht war. Das psychopathologische Zustandsbild sei gekennzeichnet gewesen durch Denkzerfahrenheit, Affekt- und Antriebsstörungen, chronisch-akustische Halluzinationen, absurde Wahnideen und verwirrte Unruhezustände.

Auch Herrn B's Bruder, so war aus der Krankenakte zu erfahren, habe 1963 in der Sprechstunde einen zerfahrenen Eindruck gemacht, sei in Tränen ausgebrochen und habe Beeinträchtigungs- und Beeinflussungsideen geäußert.

Da Herr B keine echte Krankheitseinsicht besitzt und seiner sozialen Situation kritik- und hilflos gegenübersteht - darüber können auch einige vernünftig klingende Äußerungen in unserer Exploration nicht hinwegtäuschen -, ist eine selbständige Lebensführung augenblicklich nicht vorstellbar. Hinzu kommt, daß Herr B in starkem Maße zur Verwahrlosung neigt und bezüglich seiner Körper- und Kleiderpflege ständiger intensiver pflegerischer Nachsorge bedarf.

Herr CC, 54 Jahre

Zusammenfassung (26. 10. 1983)

Der Patient ist 54 Jahre alt und von pyknischer Körpergestalt. Er ist nur 165 cm groß, aber stark übergewichtig. Die breite Nase, wie auch die weit auseinanderliegenden Augen und die bauschigen Augenbrauen bedingen seine groben Gesichtszüge. Der schmale Haarkranz um die Kopfglatze, der graue Schnurrbart in seinem breiten, runden und fahl-grauen Gesicht, die schlitzförmigen Augen, wie auch seine läppisch-sorglose Heiterkeit und das unmotivierte, grinsende Lächeln verleihen dem Patienten, dessen Hosenbund - fixiert durch breite Hosenträger - bis zur Brust reicht, ein lausbubenhaftes Aussehen. Dazu paßt seine Gangart. Breitbeinig hopsend bewegt er sich mit kleinen, hastigen Schritten fort, gleichzeitig ständig mit den Armen schlenkernd.

Herr CC, ein gebürtiger Böhme, hinterläßt aufs erste einen zutraulichen und gepflegten Eindruck. Seine Persönlichkeit ist jedoch massiv verändert.

Im Vordergrund der Merkmale stehen seine starke Antriebsverarmung, Initiativlosigkeit, Gleichgültigkeit und seine allgemeine Interesslosigkeit. Nicht weniger auffällig sind das plump-vertrauliche, manchmal servi-distanzlose läppisch-heitere, zuweilen subeuphorische und autistisch-verschrobene Verhalten, sowie die weitgehende affektive Nivellierung. Weiterhin fallen auf skurrile Wahngedanken, die haptischer Natur sind, und Beeinträchtigungsideen. Diese äußert der Patient mit verklärtem, geheimnisvollem Gesichtsausdruck in enagierter und überzeugter Manier und hält an ihnen trotz Gegenrede unkorrigierbar und un-

belehrbar fest.

Mit dem Patienten ist lediglich oberflächlich ein Kontakt herstellbar. Sein Autismus läßt nur eine unnatürlich und inadäquat wirkende Freundlichkeit zu. Hierdurch, aber auch wegen seines strengen, unbeweglichen, ja verbittert scheinenden Blickes, was mit seiner läppischen Sorglosigkeit und dem sporadischen leeren, mit Grimassen vermischten Lächeln kontrastiert, vermittelt Herrn CC's Gesichtsausdruck etwas Unberechenbares, seine subaggressive Grundstimmung nämlich.

Nicht nur aufgrund seiner inhaltlichen Denkstörungen, sondern auch infolge der formalen Denkstörungen, die als Inkohärenz, Danebenreden, Denkverschwommenheit, Denkentgleisung, Gedankensprung und haftendes Denken in Erscheinung treten, ist ein geordnetes Gespräch mit dem nicht immer krankheitseinsichtigen Patienten nicht möglich, weil er in eine weitschweifige Geschwätziqkeit ausbricht. Neben stotternden Phasen treten während seines modulationslosen Sprechens mitunter auch syntaktische Störungen auf, die zum Teil auch durch sein gebrochenes Deutsch bedingt sind. Seiner Krankheit- und Lebenssituation und seiner Zukunft, insbesondere seinem Entlassungswunsch, steht der mimik- und gestikverarmte Patient kritiklos und ambivalent gegenüber.

Bei der psychoexperimentellen Denküberprüfung zeigt Herr CC außerdem erhebliche Konzentrationsmängel und eine allgemeine Denkverarmung. Mängel werden insbesondere beim kombinatorischen Denken und der Interpretation von Sprichwörtern deutlich. Er antwortet meist im Telegrammstil.

Abgesehen von einem permanenten Zittern mit dem rechten Fuß, vermutlich eine spätdyskinetische Erscheinung, ist

Herr CC in seinem Bewegungsausmaß massiv eingeschränkt.

Der Verlauf der Krankheit, die um 1955 - Herr CC war 26 Jahre alt - begann, als er aus nichtigen Gründen seine Stelle als Bergmann kündigte, ist chronisch progredient. In typischer Weise war der Verlauf von Anfang an durch erhebliche regelmäßige Schwankungen gekennzeichnet. So wechselten Phasen relativer Ausgeglichenheit - eine solche liegt derzeit vor - mit solchen wohl psychotisch bedingter Verstimmungszustände ab. Während diesen Exazerbationen zeigt der Patient psychomotorische Unruhe und Getriebenheit, innere Gespanntheit, morose Verstimmung, ablehnende Haltung bis Negativismus, ausgeprägte Reizbarkeit, verbale und mitunter tätliche Aggressionen. Als weitere Merkmale kommen hygienische Unsauberkeit, Medikamenten- und Arbeitsverweigerung, sowie eine verstärkte Wahndynamik vor.

Zur Zeit nimmt Herr CC regelmäßig an der Arbeitstherapie teil. Seine Leistungen, die in ausgeprägter Form seiner stark wechselnden Stimmungslage unterliegen, sind aber bescheiden.

Herr C, 45 Jahre

Zusammenfassung (07. 06. 1983)

Der 45-jährige Herr C, ein gebürtiger Schlesier, ist von leptosomer Körpergestalt und wiegt 78 kg bei einer Körpergröße von 185 cm. Auffallend groß ist sein längsovaler Kopf, klein dagegen sind die abstehenden Ohren. Sein lichtetes Haar bei frontaler Haarlosigkeit hat Herr C stets mit Frisiercreme eingefettet und zurückgekämmt. Die Gesichtszüge wirken trotz eingefallener Wangen und hervorstehenden Wangenknochen plump, bedingt eben durch die klobige Nase und die wulstigen, breiten Lippen. Das Gebiß ist lückenhaft und ungepflegt. Insgesamt vorgealtert erscheint Herr C durch tiefe Falten an Stirn, periorbital und nasolabial, wie auch durch ausgeprägte temporale Venenkonvolute, die sich deutlich von seinem rosigen Hautcolorit abheben. Sein Äußeres wirkt sehr ungepflegt und schlampig, verursacht durch seine stark verschmutzte und teilweise zerrissene Kleidung, aber auch durch deutliche Brandwunden an den Fingerkuppen der rechten Hand durch Zigarettenrauchen.

Herr C wirkt aufs erste ängstlich-bedrückt, verschlossen, unzugänglich und kontaktlos. Als weitere Merkmale stehen augenblicklich ein ausgeprägter Autismus, die Verschröbenheit, der massive affektive Schwingungsverlust und die gravierende Antriebsverarmung im Vordergrund des psychopathologischen Zustandsbildes. Herr C sitzt meist stumpf und stupide vor sich hinbrütend mit stereotypen Oberkörperschaukelbewegungen auf der Station herum oder er geht permanent mit raumgreifenden, schwerfällig-wiegenden Schritten im Wohnsaal auf und ab. Dabei schlürft er mit

gebeugtem Oberkörper und gleichzeitig krampfhaft den Kopf im Nacken fixierend und starr nach oben gerichtetem Blick regelrecht über den Boden, ohne dabei die Füße anzuheben. Seine Motorik ist stark verlangsamt und insgesamt verarmt. Die Monotonie seiner Motorik zeigt sich besonders dann, wenn beim Auf- und Abgehen ein Mitmensch seinen Weg kreuzt. Regungslos und stumm weicht er diesem fast automatisch aus und setzt seinen Weg stur fort.

Überwiegend gespannt und doch ausdrucksleer und leblos ist sein Blick. Grimmig, freudlos, fast versteinert wirkt der Gesichtsausdruck.

Keineswegs unnahbar oder gar ablehnend verhält sich der Patient, wenn man aktiv auf ihn zugeht. Hat Herr C einmal sein mißtrauisches und abwartend-distanziertes Verhalten überwunden, zeigt er sich durchaus aufgeschlossen und zugänglich. Mit weit aufgerissenen Augen und ohne Unterbrechung des Blickkontaktes - das Augenspiel bleibt allerdings starr - beginnt er spontan draufloszureden. Alles, was er ausdrückt, geschieht dabei ohne affektiven Nachdruck. Deutlich ist seine emotionale Verflachung und affektive Nivellierung. Entsprechend verarmt sind Mimik und Gestik. Nur durch energisches Dazwischengehen ist Herr C, der besonders auf dem linken Ohr schwerhörig scheint, in seinem nur wenig geordneten Redefluß steuerbar. Mit einer Fülle von Gedanken und Ideen, die er weit ausholend, vom Thema abweichend und massiv zerfahren vorbringt, überhäuft Herr C seinen Gesprächspartner. Gleichsam zwanghaft zählt er dabei ständig Namen, Adressen und Zahlen auf. Aufgrund seines ausgeprägten paralogischen Denkens verliert der Patient im Gespräch immer wieder den Faden, findet aber selten im Sinne einer geordneten Ideenflucht wieder zum Thema zu-

rück. Hinsichtlich Rauchen und Sexualität produziert er vielfältige wahnhaftige Theorien, die er schon überzeugt vorbringt und die ihn zu beeinträchtigen scheinen. Phasenweise erscheint Herr C - er selbst verneint Wahnideen - paranoid. Besonders dann, wenn seine Gedanken ins Expansive abgleiten. Als Beispiele seien folgende Kopfrechnung (!) genannt: $0,7963 : 44 \times 117,956 - 35$ oder seine Aussage, daß sein Adoptivvater der "Herrgott" sei und seine leibliche Mutter "die Dreieinige Gott". Akustische Halluzinationen höre Herr C in Form von "menschlichen Stimmen" (früher Tierstimmen), die imperativen Charakters seien.

Trotz der inhaltlichen und erheblichen formalen Denkstörungen, zu denen auch Wortneubildungen und Kontaminationen zählen, wie auch der zahlreichen agrammatischen und syntaktischen Fehlleistungen ist Herr C gut verständlich. Ausgesprochen monoton und modulationslos ist sein Erzählton, kloßig seine Sprache. Krampfhaft jedoch ist er um eine deutliche Artikulation bemüht, die in ihrer geziert-gekünstelten Art allerdings einer Manier gleichkommt. Mit der Länge der Exploration stellen wir bei Herrn C eine zunehmende psychomotorische Unruhe fest, die aber weniger seine innere Unruhe als vielmehr ein manieriertes Verhalten widerzuspiegeln scheint. Sie zeigt sich in einem stereotyp bejahenden Kopfnicken, Gestikulationen mit erhobenem Zeigefinger, Ineinanderkrallen der Hände und stereotypen Oberkörperwippbewegungen. Umgekehrt proportional dagegen nehmen Aufmerksamkeit und Konzentration des Patienten ab.

Bei der psychoexperimentellen Denküberprüfung wirkt Herr C hilflos. Kaum einmal erkennt er den Kern der Sache. Meist weicht er den Fragen gedankenflüchtig aus und

antwortet völlig alogisch. Das Denken des Herrn C, der auch zeitlich und örtlich nur leidlich orientiert ist, weist eine massive Verarmung auf.

Die Krankheit des Patienten brach 1956 aus. Herr C, gerade 18 Jahre alt, zeigte einen deutlichen Leistungsknick in seinen schulischen Leistungen. Gleichzeitig machte sich eine Wesensveränderung bemerkbar. Er zog sich immer mehr von der Umwelt zurück, wirkte ängstlich-bedrückt, war unzugänglich und verschlossen. Im November 1956 kam es zur ersten Einweisung in ein Nervenkrankenhaus. Typische Symptome wie gespanntes, zum Teil aggressives Verhalten (das auch heute noch in unterschiedlichen Zeitabständen zu beobachten ist), Antriebsverarmung, Denkstörungen im Sinne von Zerfahrenheit und akustischen Halluzinationen imperativen Charakters prägten das Krankheitsbild. In den Folgejahren waren mehrere Klinikaufenthalte notwendig. Alle dazwischen unternommenen Ausbildungsversuche schlugen fehl. Vor seiner Aufnahme im September 1964 im BKH schließlich, die bis heute andauert, führte Herr C ein Bummelleben, war interesse- und initiativlos und drohte zu verwahrlosen.

Das Krankheitsbild entwickelte sich im nun fast 20-jährigen Verlauf sukzessive zum heutigen Komplex. Der Verlauf, der inzwischen in einen schweren Residualzustand mit gleichzeitig massiver Persönlichkeitsveränderung mündete, war somit chronisch progredient.

Da Herr C, der ohne Zukunftsperspektiven vor sich hinlebt, derzeit seiner Krankheits- und sozialen Situation hilf- und kritiklos gegenübersteht, seine Verwahrlosungsneigung in Körper- und Kleiderpflege unterstreichen das, ist eine selbständige Lebensführung nicht vorstellbar.

Er bedarf ständiger intensiver pflegerischer Nachsorge.

In der Arbeitstherapie ist der Patient augenblicklich der Gartengruppe zugeordnet. Seine Leistungen, zu denen er permanent angehalten werden muß, sind dort aber sehr bescheiden.

Herr DD, 45 Jahre

Zusammenfassung (24. 09. 1983)

Der älter als 45 Jahre wirkende Patient ist 170 cm groß, hager und von leptosomem Habitus. Sein äußeres Erscheinungsbild ist sehr unordentlich. Sämtliche Kleidungsstücke zeigen Flecken und Spuren der letzten Mahlzeiten. An beiden Ärmeln sind außerdem verkrustete Spiegel eingetrockneten Nasensekrets zu sehen, was den Patienten nicht zu stören scheint. Dazu passen das z.T. schon zerrissene Schuhwerk und sein lichtetes, wild zerzaustes Haar, das frontal bereits total ausgefallen ist. Sein Gesicht ist oval und zeigt eine ausgeprägt spitze Kinnpartie. Tief-
liegende Augen, von bauschigen Brauen umgeben, lassen die Wangenknochen kantig hervortreten. Verwahrlost ist sein Gebiß, das nur noch aus einem wackeligen und schwärzlich-gefärbten Eckzahn im Unterkiefer besteht. Zum Bild des ungepflegten Patienten passen schließlich auch noch die dunklen Bartstoppeln und die von Nikotin gelb-schwarz gezeichneten Spitzen von Daumen, Zeige- und Mittelfinger.

Schlecht sind auch Gang und Körperhaltung des Patienten: schlüpfend und wippend, dabei bei jedem Schritt in den Kniegelenken unsicher wackelnd, bewegt er sich mit gebeugter Oberkörperhaltung und lasch baumelnden Armen schwerfällig fort.

Im psychopathologischen Bild des Patienten imponieren gegenwärtig am meisten sein läppisch-sorgloses und läppisch-heiteres Verhalten. Es wird begleitet von einem dümmlich-faden, süßlichen und grinsenden Lächeln, hinter dem eine latente, mit abweisendem und z.T. negati-

vistischem Betragen einhergehende morose Verstimmtheit verborgen liegt, die plötzlich und kurzzeitig ausbrechen kann. Herr DD ist dann besonders verbal aggressiv und gebärdet sich drohend. Weiterhin stehen im Vordergrund des Krankheitsbildes schwere Defektmerkmale wie hochgradige Antriebs- und Kontakthemmung, Autismus, Verlust der emotionalen Schwingungsfähigkeit, ethische Nivellierung, Konzentrationsunfähigkeit, ausgeprägte Gleichgültigkeit, Interessenlosigkeit - abgesehen von dem stereotypen Wunsch nach freiem Ausgang, sowie eine gravierende Selbstunsicherheit, die im Gespräch beim Patienten vermehrt Expressivbewegungen auslöst.

Im Gespräch selbst, in dem bei Herrn DD weder vom Inhalt her noch in der Mimik und Gestik eine Gefühlsbeteiligung zu erreichen ist - Zeichen seines weit fortgeschrittenen Persönlichkeitszerfalls -, fallen besonders seine Artikulationsschwierigkeiten und seine formalen Denkstörungen auf. Diese treten vor allem in Form von Denkhemmung, haftendem Denken, Perseveration und paralogischem Denken in Erscheinung und vermitteln den Eindruck eines grob auffälligen, inadäquaten Denkens. Eine besonders gravierende syntaktische Störung ist dabei nicht eruierbar. Weiterhin zeigt der Patient nicht nur erhebliche Auffassungsschwierigkeiten, sondern auch massive Schwächen im logisch-analytischen und im kombinatorischen Denken. Dazu paßt, daß der Patient Fragen aus der Denküberprüfung größtenteils nur sinnlos-mechanisch nachspricht, im Sinne einer Echolalie, oder auf Antwortvorschläge wartet, die er dann buchstabengetreu wiederholt. In seiner Urteils- und Kritikunfähigkeit erkennt Herr DD auch nicht, ob er sinnlose oder sinnvolle Gedanken repetiert. In diesem Zusammenhang muß auf seine ausgeprägte Suggestibilität hin-

gewiesen werden.

Der Verlauf des schizophrenen Krankheitsbildes des Patienten gestaltete sich von Beginn der Krankheit an (1954) chronisch progredient. Allerdings fiel der Patient initial zunächst durch seine Verwahrlosung und kriminellen Handlungen auf. Erst später kamen dann produktiv psychotische Symptome hinzu. Die konstant existenten Symptome, die ich oben aufgeführt habe, waren im weiteren Verlauf der Krankheit lediglich in ihrer Intensität zeitlichen Schwankungen unterworfen. Hierin liegt es auch begründet, daß das wohl am meisten typische Symptom und der schwierigste Wesenszug des Patienten, die allgemeine Ungehemmtheit, die sich vor allem in seiner sexuellen Deviation im Sinne von Homosexualität und Exhibitionismus manifestiert, zur Zeit nicht auffällig in Erscheinung tritt. Das gleiche gilt auch für die akustischen Halluzinationen, die imperativen Charakters zu sein scheinen.

Da der Patient seiner Krankheits- und sozialen Situation mit völliger Gleichgültigkeit und Kritiklosigkeit gegenübersteht, und er geistig stumpf in den Tag hineinlebt, ist Herr DD auf eine sorgfältige pflegerische Überwachung und Betreuung angewiesen. Dies gilt besonders im Hinblick auf seine Verwahrlosungsneigung und seinen Hang zum Alkohol- und Nikotinabusus.

Eine Integration in der Arbeitstherapie, in der Herr DD derzeit nichts Verwertbares zu leisten vermag, gelingt schwerlich.

Erwähnt werden sollte noch, daß ein Bruder und eine Schwester des Patienten auch schon wegen geistiger Er-

krankung im BKH stationär behandelt werden mußten. Über den derzeitigen Aufenthaltsort der Geschwister konnte Herr DD keine präzisen Angaben machen. Vermutlich ist sein Bruder auch im BKH untergebracht.

Herr D, 55 Jahre

Zusammenfassung (04. 06. 1983)

Der in der CSSR geborene Herr D ist 55 Jahre alt, wirkt aber in seinem äußeren Erscheinungsbild älter. Er wiegt bei einer Körpergröße von 170 cm 60 kg und ist von leptosomem Habitus. Er trägt halblanges Haar, das fettig glänzt und streng in Strähnen nach hinten gekämmt ist. Frontal hat Herr D eine Glatze. Hierdurch fallen besonders die hohe und breite Stirn und das tief durch Falten zerfurchte Gesicht auf. Ausgesprochen dreieckig ist die Kopfform, die nach occipital betont breit ausläuft. Zwischen eingefallenen Wangen und tief eingebetteten Augen, die breite, buschige und über der Nasenwurzel zusammengewachsene Augenbrauen überdachen, stehen eckig die Jochbeine hervor. Trotzdem wirken Herrn D's Gesichtszüge grob, nicht zuletzt aufgrund eines meist grimassierenden, breiten Lachens. Zunge und Mund sind breit, leicht heruntergezogen die Mundwinkel. Neben Herrn D's völliger Zahnlosigkeit fallen des weiteren noch die großen und abstehenden Ohrmuscheln auf. Ausgesprochen fahl-grau leuchtet das Hautcolorit des Patienten, der von einer asthmatischen Dyspnoe stark beeinträchtigt wird. Die Fingerspitzen beider Hände sind durch Zigarettenrauchen bereits verkohlt. Kleidung und Körperpflege wirken vernachlässigt, aber nicht auffallend schmutzig und ungepflegt.

Eine Interaktion mit ihm ist möglich, wenn man Herrn D direkt angeht. Ein Kontakt im Gespräch ist mit ihm jedoch nur sehr begrenzt möglich. Zwar wirkt er, wenn auch durch seine läppische Sorglosigkeit und sein inadäquates, einfältiges Lachen bedingt, freundlich und oberflächlich zu-

gänglich, im großen und ganzen jedoch sehr auf sich selbst und seine Wahnideen bezogen. Eine sinnvolle und geordnete Verständigung ist mit dem Patienten in keinem Fall möglich.

Mit breitem Grinsen oder lautem, hohlem und uneinfühlbarem Gelächter produziert Herr D in einem kaum zu stoppenden und meist entgleisenden Rededrang - die Sprache ist kloßig, nicht akzentfrei und rasch - fortlaufend in einförmiger Weise neue abstruse Wahnideen. In diesem weitverzweigten bizarren Wahnsystem, in das er unter anderem zufällige Begebenheiten seiner Umgebung und Nachrichten einbezieht, berichtet der Patient i. S. eines haftenden Denkens von Kriegs-, Mord- und Auferstehungserlebnissen. Für letztere macht er verschiedene Tiere verantwortlich oder er spricht vom "Kreuzesabstieg". Gleichermäßen äußert Herr D auch Kleinheitsideen, vor allem jedoch Größenideen. Völlig gefangen in seiner Wahnwelt hält er an seinen Ideen auch bei Widerspruch unkorrigierbar fest. Aufgrund seiner Suggestibilität, aber auch der fehlenden Urteils- und Kritikfähigkeit fühlt er sich vielmehr angespornt, noch blühenderen Unsinn zu produzieren.

Wenngleich Herr D seine Ideen mitunter adäquat mit geheimnisvollem Ton vorbringt, ist seine affektive Schwingungsbreite doch erheblich eingeengt. Er ist nicht in der Lage, in natürlicher Weise Freude und Trauer zu zeigen. Das unterstreichen auch Mimik und Gestik, die auf ein läppisches Grinsen und breites Grimassieren bzw. auf ziellose, werfende Handbewegungen - was eher vermehrten, unkontrollierten Expressivbewegungen gleichkommt - reduziert sind. Überhaupt fehlt dem Bewegungsfluß des Patienten, der motorisch unruhig und getrieben wirkt, jegliche Dynamik. Als spätdyskinetische Erscheinungen müssen vermutlich der

Tremor der Hände und des Oberkörpers als auch das Wackeln der Knie in Sitzstellung gewertet werden.

Im Rahmen seiner psychomotorischen Unruhe kann es zu aggressiven Auseinandersetzungen und Konflikten mit seiner Umgebung kommen, besonders dann, wenn er seine Wahnideen seinen Mitpatienten aufzudrängen versucht. Überwiegend führt er ein autistisches Eigendasein und lebt, versunken in seine Wahnwelt, initiative- und interessenlos vor sich hin, wobei er häufig Selbstgespräche führt. Seine Stimmungslage ist unkritisch und von läppisch-euphorischer Heiterkeit.

Erheblich sind die inhaltlichen (Größenideen, Kleinheitsideen, Beeinträchtigungsideen, Konfabulationen) und formalen Denkstörungen. Letztere manifestieren sich in ausgeprägter Weise als Konzentrationsstörungen, Ideenflucht, Inkohärenz, Paralogie, Danebenreden und haftendes Denken. Weiterhin sind bei Herrn D, der zeitlich und örtlich nicht orientiert scheint, zahlreiche grammatikalische und syntaktische Fehlleistungen feststellbar. Auffassungsstörungen, Denkhemmung und ein kurzschlüssiger Denkablauf beeinträchtigen dagegen in hohem Maße seine Leistungen bei der psychoexperimentellen Denküberprüfung.

Der Patient leidet an einer chronisch progredient verlaufenden Schizophrenie, deren Beginn mindestens bis ins Jahr 1953 zurückreicht und ad hoc, trotz vielfältiger Therapieversuche, zu einer ausgeprägten Residualsymptomatik geführt hat. Im Vordergrund steht dabei sicherlich die gravierende Persönlichkeitsveränderung, die vor allem durch die völlig abstrusen psychotischen Vorstellungen und die formalen und inhaltlichen Denkstörungen bedingt ist. Das

Symptomenbild entsprach, ausgenommen Herrn D's Wechsel zwischen Sprachträgheit und Rededrang, seit Ausbruch der Krankheit, d. h. auf alle Fälle aber seit dessen Aufnahme 1968 ins BKH, dem augenblicklichen wie obig angeführten psychopathologischen Befund.

Herr D ist infolge seiner schweren psychischen Störungen und seiner hilf- und kritiklosen Stellung seiner Krankheits- und sozialen Situation gegenüber - eine echte Krankheitseinsicht besteht nicht - zu einer selbständigen Lebensführung nicht fähig. Wegen hochgradiger Verwahrlosungsneigung, hemmungslosem Nikotinabusus und zur Gewährleistung der notwendigen Medikamenteneinnahme bedarf Herr D ständiger sorgfältiger Überwachung und Betreuung.

Unregelmäßig gestaltete sich im nun 15-jährigen BKH-Aufenthalt die Teilnahme an der Arbeitstherapie. Ebenso schwankend waren seine Leistungen. Zur Zeit ist Herr D zwar in der Weberei eingesetzt, arbeitet dort aber gar nichts.

Herr E, 46 Jahre

Zusammenfassung (11. 06. 1983)

Herr E, 46 Jahre alt, ist 175 cm groß und von leptosomer Körpergestalt. Sein äußeres Erscheinungsbild wirkt ungepflegt und vernachlässigt. Die Kleidung ist unordentlich, fleckig verschmutzt und teilweise zerrissen. Der leichte Strabismus divergens, die durch die völlige Zahnlosigkeit bedingt eingefallenen Wangen, die Kußmundstellung sowie die hervorspringende Nasen- und Kinnpartie charakterisieren seine spitzen Gesichtszüge. Den Kopf hält Herr E krampfhaft zur rechten Seite und gen Boden gerichtet. Auffallend das permanente, faxenhafte Grimassieren.

Bei dem derzeitigen Beschwerdebild des verschrobenen und schwer zugänglich wirkenden Patienten stehen gelegentlich akute Erregungszustände mit Aggressivität und Gereiztheit, in deren Verlauf es zu grob massiven und unflätigen Beschimpfungen seiner Umwelt und selten zu handgreiflichen Auseinandersetzungen kommt, im Vordergrund. Sein Kreis ist durch sein minimales Kontaktstreben, das eigentlich nur in einem stereotypen, z. T. lautstarken und nicht selten mit ausfallenden Worten vorgebrachten Verlangen nach dem Entlassungsschein besteht, äußerst klein geworden. Im Grunde genommen lebt der dysphorisch wirkende Patient, der gehemmt und eingeschüchtert erscheint und sich dementsprechend ablehnend verhält, abgekapselt und zurückgezogen in seiner bizarren Welt. Überdies läßt Herr E, der sich überflüssig vorkommt, was er in Suizidgedanken hin und wieder kund-tut, absolut keine Lebensfreude mehr erkennen. Auffallend sind auch seine Störungen im Gefühls- und Antriebsbereich. Erstere zeigen sich in Gleichgültig-

keit, Unbeteiligtsein und affektiver Verflachung, über die auch seine kurzzeitigen albernen, läppisch-erregten und heiteren Stimmungsphasen, die sehr unnatürlich wirken, nicht hinwegtäuschen können. Im Antriebsverhalten ist die Antriebslahmheit, respektive Motivationsunfähigkeit besonders hervorstechend. Nur unter erheblichem Druck läßt sich Herr E arbeitstherapeutisch beschäftigen. Seine Leistungen sind sehr bescheiden. Herrn E's psychomotorischer Antrieb dagegen ist permanent gesteigert bis zeitweise impulsiv. In derartigen Zuständen, für die einfache Fragen oder Zuwendung auslösend sein können, sind Herrn E's manierierte Bewegungen, Hyperkinesen und faxenhaften Grimassen deutlich gesteigert, die er aber auch zeigt, wenn er sich selbst überlassen ist.

Bei der Denküberprüfung beobachten wir beim Patienten formale und inhaltliche Denkstörungen. Sein Gedankengang ist, vorausgesetzt, er überwindet seine 'innere Sprachbarriere', sehr zerfahren und verarmt. In seiner Konzentrationslosigkeit ist er äußerst ablenkbar und spricht daneben, wobei stereotype Wiederholungen auftreten. Seine Sprache ist schwer verständlich, da er häufig nur einzelne Wortstücke äußert oder murmelnde Selbstgespräche führt. Ganz besonders gestört scheint das logisch-analytische Denken. Sinneszusammenhänge erfaßt Herr E kaum, Unterschiedsfragen vermag er nicht zu beantworten. Dagegen ist der zeitlich und örtlich orientiert wirkende Patient in seiner Merkfähigkeit und seinem Altgedächtnis kaum beeinträchtigt. In auffälliger Weise jedoch kreisen seine Gedanken hauptsächlich um seinen Aufenthalt im BKH, den er als "Gefangenschaft" empfindet. Stimmen und Halluzinationen negiert Herr E jedoch.

Auf Grund des schwer verminderten Urteils- und Kritikvermögens, seiner Verwahrlosungstendenz, seiner Unselbständigkeit sowie seiner Krankheitsuneinsichtigkeit und seiner der Realität widersprechenden Zielvorstellungen ist eine Lebensführung in Eigenregie nicht mehr möglich, zumal Herr E suizidgefährdet ist. Er benötigt eine ständige intensive pflegerische Betreuung und Überwachung.

Die Krankheit des Patienten setzte um 1945 ein. Damals habe er schon unter Verstimmungen und Kopfschmerzen gelitten. Die Kriegsgefangenschaft verschlechterte sein psychisches Befinden dann gravierend. Nach seiner Rückkehr aus der Gefangenschaft wurde Herr E psychisch immer auffälliger, was 1950 seine Einweisung ins Nervenkrankenhaus erforderlich machte, die bis ad hoc andauert. Herr E litt damals unter Angstzuständen, fühlte sich verfolgt, klagte über Gedankenabreißen, Einschießen fremder Gedanken und hypochondrische Beschwerden. Psychomotorisch war er erregt, im Verhalten maniert, kaum fixierbar und zerfahren. Seit dieser Zeit besteht ein schwelender Krankheitsprozeß.

Der Verlauf der Krankheit muß somit im Längsschnitt betrachtet als chronisch progredient bezeichnet werden. Das obig beschriebene psychopathologische Bild, das zum heutigen Residualzustand mit erheblicher Persönlichkeitsveränderung führte, bestand im Grunde genommen seit Anfang an, jedoch mit einzelnen Intensitätsschwankungen verschiedener Symptome. Selbst die am 10. 07. 1956 durchgeführte bilaterale praefrontale Lobotomie brachte keine entscheidende Befundänderung.

Die derzeitigen Leistungen des Patienten in der Arbeitstherapie sind durchwegs unproduktiv.

Herr F, 60 Jahre

Zusammenfassung (14. 06. 1983)

Herr F wirkt älter als 60 Jahre und ist 160 cm groß. Er wiegt ca. 48 kg und ist trotz seines leptosomen Konstitutionstyps deutlich abgemagert. Tiefliegende Augen, hervorspringende Wangenknochen und eingefallene Wangen bedingen seine spitzen Gesichtszüge. Der Mund ist breit, schmal die Lippen. Die nahezu faltenfreie Haut zeigt ein auffallend blaß-fahles Colorit. Die Kleidung erscheint sauber, das äußere Erscheinungsbild insgesamt ordentlich.

Das derzeitige psychopathologische Zustandsbild des ängstlich, eingeschüchtert und verschroben-manieriert wirkenden Patienten, dessen Gesichtszüge einen hoffnungslosen, unfrohen, deprimierten, ja resignierenden Eindruck vermitteln, ist vor allem gekennzeichnet durch seine ausgeprägte Antriebs- und Kontaktarmut. Völlig abgekapselt und mutistisch vor sich hinbrütend distanziert sich der Patient von seiner Umgebung, von der er sich immer wieder wahnhaft beeinträchtigt und auch verfolgt fühlt, und von jeglicher Arbeit. Dort sitzt er meist desinteressiert und teilnahmslos isoliert herum. Ansonsten steht Herr F, der stets eine Schildmütze auf dem Kopf trägt, völlig starr und unbeweglich stundenlang in einer Zimmerecke oder er sitzt mit stereotypen Oberkörperwippbewegungen immer auf dem gleichen Stuhl und hält dabei seine Hände fest auf die Oberschenkel fixiert. Insgesamt wirkt Herr F motorisch sehr verlangsamt, gehemmt und hölzern. Sein Bewegungsausmaß ist stark reduziert. Das schließt aber nicht aus, daß er zwischendurch, laut Pflegeraussagen, eine stark psychomotorische Unruhe entwickelt.

Ein natürlicher Kontakt ist mit dem extrem mißtrauisch wirkenden Patienten nicht möglich, dem auch ein negativistisch-stuporöser Wesenszug eigen ist. Ins Gespräch kommt man mit ihm nur dann, wenn man aktiv auf ihn zugeht. Aber auch dann äußert er sich spontan kaum. Zugänglicher und antwortwilliger, jedoch keineswegs mit überschwenglichem Engagement, zeigt sich Herr F allerdings, wenn er über seine Unterbringung klagt, die er aufgrund seiner Krankheitsuneinsichtigkeit als ungerechtfertigt empfindet, oder seinen stereotypen Entlassungswunsch vorbringt. Ansonsten ist Herr F in seinem affektiven Schwingungsvermögen stark eingeschränkt. Dazu passen die Gestik- und Mimikverarmung. Während an mimischen Reaktionen wenigstens noch ein zwar seltenes, hilf- und richtungsloses, inadäquates Lächeln oder ein scheu-verlegenes Grinsen zu beobachten sind, können wir dagegen keinerlei Gestikulationen mehr feststellen. Alles in allem scheint Herrn F's Affektivität seinem übertriebenen Mißtrauen und seiner negierenden Lebenseinstellung zum Opfer gefallen zu sein.

Seine Klagen und Vorwürfe trägt Herr F mit undeutlich-artikulierter und akzentuierter Sprache vor, wobei er mitunter auch nur vor sich hinmurmelt. Sonst ist seine Stimme leise, fast hauchend und monoton. Eine feinere Modulation beim Sprechen fehlt. Der Satzbau ist bruchstückhaft und zeigt viele grammatikalische und syntaktische Fehlleistungen. Denkstörungen lassen sich aufgrund seines widerwilligen und spärlichen Antwortverhaltens nicht eindeutig eruieren. Sicher treten in formaler Hinsicht nur ein haftendes Denken (Entlassung, Vorwürfe gegen Vormund und ungerechtfertigte Unterbringung im BKH) und insgesamt, vor allem bei der psychoexperimentellen Denküberprüfung, ein verlangsamtes Denken in Erscheinung. Die intellektuellen Leistungen jedoch sind im Grunde genommen nur wenig herabgesetzt, auch

wenn Herrn F's Denken im Sinne von Spontaneität und Kreativität etwas unbeweglich erscheint. Eindeutig inhaltliche Denkstörungen manifestieren sich als Beeinträchtigungs- und Verfolgungsgefühle, verursacht durch seine Umgebung. Sinnes-täuschungen verneint er.

Typische Merkmale seiner Geisteskrankheit zeigen sich weiterhin in Verhaltensmanieren des Patienten. So lehnt es Herr F beispielsweise prinzipiell ab, einem Mitmenschen seine Hand zum Gruß zu reichen. Außerdem ist er stets bestrebt, daß niemand hinter ihm geht oder sich hinter seinem Rücken aufhält, was er mit seinem bevorzugten Aufenthaltsort in einem Zimmereck unterstreicht. Des weiteren pflegt Herr F auf Medikamentenumstellungen und Anordnungen, die ihm scheinbar zuwider sind, mit Nahrungsverweigerung und Drohungen, die bis zum Suizidgedanken reichen, zu reagieren. Letztlich sei auch noch erwähnt, daß Herr F stets sein Bett umkreist, bevor er abends zu Bett geht.

Die Krankheit begann vermutlich zu Beginn der fünfziger Jahre. Herr F fühlte sich ständig verfolgt und geängstigt. 1953 unternahm er seinen ersten Suizidversuch. 1958 wurde seine Aufnahme ins BKH notwendig. Herr F lebte in extremer Verwahrlosung und Kontaktarmut, begleitet von ständigen Beeinträchtigungsgefühlen. Bis heute verlief seine Krankheit chronisch progredient und führte zum obig beschriebenen Residualzustand mit ausgeprägter Persönlichkeitsveränderung.

Insbesondere seine wahnhaft-einstellung seiner Umwelt gegenüber, die ihn krankhaft mißtrauisch stimmt und ihn völlig distanziert und kontaktarm werden ließ, seine Antriebslosigkeit, sowie einige Unterlassungsmanieren, der ungebrochene Entlassungswunsch und die extreme Verwahrlosungsneigung waren Symptome mit auffallender Chronizität.

Herr F, der seiner Krankheit und sozialen Situation hilflos und ohne realistische Zukunftsperspektiven gegenübersteht, bedarf aufgrund seines Zustandes derzeit ständiger sorgfältiger pflegerischer Nachsorge und Überwachung. Hinzu kommt, daß Herr F suizidgefährdet ist.

Arbeitstherapeutisch ist Herr F augenblicklich nicht integrierbar.

Herr G, 62 Jahre

Zusammenfassung (25. 06. 1983)

Der 165 cm große und älter als 62 Jahre wirkende Patient hat eine leptosome, fast kachektische Körpergestalt. Sein fettes Haar, das er nach hinten gekämmt trägt, ist graumeliert und sehr licht. Frontal hat Herr G eine Glatze. Entsprechend hoch erscheint die von zahlreichen Falten tief zerfurchte Stirn. Die Gesichtszüge erscheinen markant-spitzig, was die tiefliegenden Augen und die hervorspringenden Jochbeine bedingen. Die bauschigen Augenbrauen existieren nur noch nasal und fehlen temporal völlig. Die Nase ist klobig, breit der Mund, schmal dagegen das Lippenrot. Die faltige und exsikkierte Haut zeigt ein betont kaffeebraunähnliches Colorit mit multiplen schwärzlichen Pigmentationen. Die Finger sind vom Nikotin bräunlich-schwarz gezeichnet. Das äußere Erscheinungsbild des Patienten wirkt im Gesamten stark vernachlässigt und ungepflegt. Die Kleidung ist fleckig verschmutzt und teilweise zerrissen.

Das psychopathologische Bild des unwirsch, unfreundlich, gleichgültig, mürrisch, mißmutig und widerstrebend wirkenden Patienten ist gezeichnet durch eine ausgeprägte Symptomatik.

Im Vordergrund stehen dabei Herrn G's Antriebs- und Kontaktmangel, sein Autismus, Negativismus, seine affekte Nivellierung, seine Verschrobenheiten, sowie seine ethische und geistige Abstumpfung. Die einzigen Interessen des Patienten bestehen nur noch in der Beschaffung von Rauchwaren - wobei er mit Feuer sehr unachtsam umgeht und glühende Zigarettenstummel einfach auf den Boden oder auf Einrich-

tungsgegenstände wirft - und in der Suche nach Möglichkeiten, sich selbständig und heimlich aus dem BKH zu entfernen, was er in den letzten Jahren mangels entsprechender Geschicklichkeit aber nicht mehr zustande bringt. Ansonsten steht Herr G, der völlig gleichgültig in den Tag hineinlebt und auch trotz seines permanenten Entlassungswunsches keine präzisen Zukunftsvorstellungen äußern kann, seiner Krankheits- und sozialen Situation absolut hilf- und kritiklos gegenüber.

Typisch, besonders seit seiner zweiten Aufnahme ins BKH Haar im März 1969, für sein psychisches Zustandsbild sind erhebliche Verhaltensschwankungen, die zum einen gekennzeichnet sind durch relativ zugängliche, aufgeschlossene, freundliche, fast heitere, trotz Stottern gesprächige Phasen, in denen er zusammenhanglos seine Gedanken vorbringt. Sogar innerhalb des gleichen Gespräches kommt es zu erheblichen Veränderungen der Psychomotorik und des Gedankenflusses von Herrn G, der motorisch durch seine steife, verlangsamte, z. T. nur andeutungsweise und unharmonisch wirkende Bewegungsabfolge auffällt. Andererseits zeigt er Phasen mit einem unzugänglichen, abweisenden, widerwilligen, gereizten und gespannten Gebaren, wobei es in unterschiedlichen Zeitabständen immer wieder zu psychotischen Erregungszuständen mit heftigen Drohungen und beträchtlichen Aggressionen kommt. Herr G schlägt dann unmotiviert oder aus nichtigen Anlässen brutal auf Mitpatienten und das Pflegepersonal ein. Eigenartigerweise gehen diese Impulsausbrüche meistens mit einer paranoischen Einstellung, im engeren Sinne von Vergiftungsideen, einher. Ansonsten negiert oder dissimuliert er Stimmen und Wahnideen.

Die Denküberprüfung bestätigt die seit jeher bestehende

Denkverarmung und das extrem entdifferenzierte Denken. Grobe und dauernd vorhandene syntaktische Störungen sind nicht feststellbar. Auffallend häufig gibt er nur Einwortantworten oder er antwortet mit Satzfragmenten. Dies liegt weniger in einem grammatikalischen Unvermögen begründet als vielmehr in Herrn G's antriebslosem und negativistischem Verhalten. Seinem Sprechen und Denken, das seine mangelnde Spontaneität und Initiative widerspiegelt, fehlt jegliche logische Ordnung. Auf Fragen weicht er hilf- und einfallslos aus, spricht daneben oder gibt infolge seiner Aversion gegen das Gespräch überhaupt keine Antwort. Abgesehen davon ist eine sinnvolle Verständigung sowohl aufgrund seiner hastigen und stark stotternden Sprechweise, die gleichzeitig auf einer Wortfindungsstörung und Artikulationsstörung basiert, als auch infolge seiner telegramstilartigen und bruchstückhaften Äußerungen, die er leise, kloßig murmelnd und mit schmatzenden Begleitlauten von sich gibt, nur schwer möglich. Gestik und Mimik fehlen dabei fast völlig.

Die Krankheit, die 1965 - Herr G war damals 44 Jahre alt - akut zum Ausbruch kam, verlief von Beginn an chronisch, wobei obig geschilderte Symptomatik bis 1969 nur teilweise und nicht so ausgeprägt in Erscheinung trat. Seit 1969 muß man jedoch von einer massiven Ausprägung sprechen, die letztlich zur heutigen gravierenden Persönlichkeitsveränderung führte.

Die Aggressivität und seine in hohem Maße bestehende Verwahrlosungsneigung machen eine sorgfältige pflegerische Überwachung und Betreuung notwendig.

Zur Zeit besucht der Patient zwar regelmäßig die Arbeitstherapie, erbringt dort aber keine Leistungen oder produziert nur Ausschuß.

Herr H, 44 Jahre

Zusammenfassung (27. 06. 1983)

Herr H, 44 Jahre alt, 180 cm groß, 80 kg schwer und von athletischer Körpergestalt, macht, zumindest von der Weite, prima vista einen sportlichen Eindruck. Das tief-schwarze Haar und das auffallend braungebrannte Hautcolorit passen dazu. Allerdings zeigt das Haar sehr lichte Stellen und ist wild zerzaust. Auffallend die großen Ohren und die von Falten und breiten, dunklen Rändern umgebenen, tiefliegenden Augen. Ein breites, läppisch-heiteres Lächeln und der freundliche, kindlich-erwartungsvolle Blick charakterisieren seinen lebenswürdigen Gesichtsausdruck. Das äußere Erscheinungsbild erscheint selbst bei unkorrekter Kleiderordnung gepflegt.

Im Vordergrund seines psychopathologischen Zustandsbildes stehen seit eh und je ein in hohem Maße ausgeprägter un gehemmter Bewegungsdrang und die verschrobene, hyperkinetische Psychomotorik. Diese führte dazu, daß Herr H kaum mehr zu einer normalen, geordneten Fortbewegung in der Lage ist. Herr H zeigt eine ausgeprägte Bereitschaft zu automatischen Bewegungen, was in einem nahezu unentwegten Greifen, Nesteln, Hantieren an Gegenständen und Zupfen an seinen Kleidern in Erscheinung tritt und bei Anrede sich geradezu steigert. Im Sinne von Manieren muß man es wohl interpretieren, wenn Herr H alles Erreichbare beklopft und betätschelt, so auch Personen, oder wenn er hüpfet und sich während des Gehens dreht und dabei mit seinen Armen bizarr in der Luft herumgestikuliert. Im krassen Gegensatz zu dieser Bewegungsvielfalt stehen seine Initiativlosigkeit und die massive Antriebsschwäche. So bleibt Herr H häufig

sowohl beim Sprechen wie auch bei Bewegungen schon im Ansatz stecken oder er zeigt sich in hygienischen Maßnahmen und alltäglichen Tätigkeiten fast völlig unselbständig. Hin und wieder sind auch Sperrungsmechanismen zu beobachten, insbesondere dann, wenn Herr H sinnvolle Dinge tun soll.

Herr H, der von sich aus eher zurückgezogen vor sich hinlebt und kontaktarm ist, reagiert auf Anrede zugewandt. Sein Gesicht zeigt dabei zwar wenig Ausdruck, doch ist fast immer eine Freundlichkeit und mitunter auch Interessiertheit erkennbar. Diese Freundlichkeit ist bei Herrn H Ausdruck einer annähernd euphorischen Grundstimmung. Fast immer verhält er sich läppisch-heiter und sorglos-zufrieden. Die Affektivität ist stark abgeflacht und erschöpft sich meist in einem unbeholfenen-kindischen Lächeln oder breiten Grinsen.

Ein geordnetes Gespräch kommt mit dem Patienten nicht zustande. Dazu ist er viel zu sehr ablenkbar und konzentrationsgestört. Hinzu kommt, daß Herr H auf Fragen häufig nur mit einfachen Lippenbewegungen und monoton-murmelnden Lauten reagiert. Ansonsten wird sein Antwortverhalten durch erhebliche formale Denkstörungen beeinträchtigt. Diese manifestieren sich als Inkohärenz, Ideenflucht, die z. T. geordnet ist, Denkentgleistung, Gedankenspringen, Denkverschommenheit, Denkverlangsamung. Inhaltliche Denkstörungen im Gespräch kommen als Folge des Konzentrationsmangels und einer analytisch-logischen Denkschwäche vor, nicht dagegen im Sinne von Sinnestäuschungen und Halluzinationen.

Durch seinen stotternden und hastigen Sprachstil, häufig verbigeriert er auch, kommt es bei Herrn H, der oberbayerischen Dialekt spricht, zu massiven Störungen der Syntax. Gelingt es aber den Patienten soweit zu bringen, ei-

ne Antwort auf eine Prüffrage zu geben, so zeigt er durchaus gute Denkleistungen. Dazu paßt auch, daß er im Umgang mit Zahlen sehr geschickt ist.

In unterschiedlichen Zeitabständen kommt es laut Pflegeraussagen bei Herrn H immer wieder zu psychotischen Verstimmungs- und Erregungszuständen, während der er sich in paranoider Weise beeinträchtigt fühlt, ausfallend schimpft und ein drohendes Gebaren an den Tag legt, wobei tätliche Aggressionen gegenüber Mitpatienten und Pflegepersonal auftreten können. In den letzten Jahren sind derartige Zustände allerdings seltener geworden.

Die schwere Geistesstörung des heute 44-jährigen Patienten hat bereits schon im Schulalter, etwa 1953, begonnen.

Herr H, der seit Geburt unruhig und schwer erziehbar gewesen sei, fiel damals durch stereotype Bewegungen und einen schulischen Leistungsknick auf. 1954 erfolgte die erste stationäre Behandlung in der Universitäts-Nervenklinik München. Seit 1956 befindet sich Herr H mit kurzzeitigen Unterbrechungen - Herr H erhielt auf Verlangen der Eltern mehrmals Wochenendurlaube, außerdem entwich er 1973 und 1974 - ununterbrochen im BKH. Spätestens seit dieser Zeit besteht ein schwelender Krankheitsprozeß mit insgesamt konstanter und nur in der Intensität schwankender Symptomatik. Der Verlauf der Krankheit gestaltete sich somit im Längsschnitt chronisch progredient, wobei schon frühzeitig die gravierenden Persönlichkeitsveränderungen in Erscheinung traten. Auch die am 29. 10. 1957 durchgeführte bilaterale praefrontale Leukotomie konnte die Chronizität der Krankheit nicht verhindern.

Der Krankheitsverlauf wird seit einigen Jahren noch zusätzlich dadurch schwer beeinträchtigt, daß Herr H auf

Medikamente immer wieder mit Nebenwirkungen wie Thrombozytopenie und Anämie reagierte, wodurch dieser Therapieart deutliche Grenzen gesetzt sind.

Auf Grund des geschilderten Krankheitszustandes ist eine selbständige Lebensführung undenkbar, obwohl Herr H immer wieder seinen Entlassungswunsch kundtut. Seiner Krankheit, sozialen Situation und Zukunft steht er kritik- und hilflos gegenüber.

In der Arbeitstherapie ist er zwar regelmäßig anwesend, erbringt dort jedoch keine Leistung.

Erwähnenswert ist noch, daß eine Tante väterlicherseits aufgrund einer "paranoisch-depressiven Psychose im Rückbildungsalter" mehrere Wochen in der Universitäts-Nervenklinik München behandelt werden mußte.

Herr I, 57 Jahre

Zusammenfassung (29. 06. 1983)

Herr I, 57 Jahre alt, ist 160 cm groß, 65 kg schwer und von pyknischem Konstitutionstyp. Er hat ein auffallend längsoiales, pausbackiges Gesicht. Kurz geschnitten und links gescheitelt ist sein schwarzes Haar, das frontal fransig in die Stirn gekämmt ist. Bauschige Augenbrauen überdachen seine kleinen, meist nur schlitzförmig geöffneten Augen. Klobig wirkt seine Nase, breit sein Mund mit der ständig halb heraushängenden Zunge. Die Ohren sind unproportional groß und abstehend. Das äußere Erscheinungsbild wirkt trotz seiner Bartstoppeln ordentlich. Seine Kleidung ist sauber, jedoch sehr farbenfroh und etliche Nummern zu groß.

Motorisch wirkt Herr I lahm. Dazu paßt seine schlechte Körperhaltung (gebeugter Oberkörper, nach vorn fallende Schultern, schlaff baumelnde Arme, synchron mit den Schritten wiegender Kopf) und der schlüpfende, schwerfällig wiegende Gang.

Das aktuelle psychopathologische Bild ist gekennzeichnet durch eine massive Antriebs- und Kontaktarmut, eine ausgeprägte affektive und ethische Verflachung, seine autistische Zurückgezogenheit, Spontanitätsverlust, allgemeines Desinteresse, Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit, insbesondere aber durch seine läppisch-sorglose und heitere Grundstimmung. Diese charakterisiert ein fast ständig zu beobachtendes Lachen, das qualitative Unterschiede zeigt. Mal ist es nur ein einfaches Schmunzeln, mal ein einfaches grundloses, läppisches Lachen, mal ein kindisch-hohles Lachen, mal aber auch ein lautes, freches

und unverschämtes Kichern oder ein hinterhältig-schnip-pisches Grinsen. Kommt man auf sexuelle Vorstellungen zu sprechen, wird das Lachen spitzbübisch und verlegen-kindisch. Kennzeichnend für diese lachende Fassade ist jedoch, daß sie meist der Situation unangemessen auftritt. Herrn I's Verhalten wirkt insgesamt clownhaft-manieriert. Eine natürliche Mimik und Gestik lassen sich bei Herrn I nicht mehr beobachten.

Herr I steht seiner Krankheits- und sozialen Situation hilf- und kritiklos gegenüber. Ohne realistische Zukunftsperspektiven, gedankenlos und gleichgültig lebt er in den Tag hinein.

Ein geordnetes und sinnvolles Gespräch ist mit dem schwer denkgestörten Patienten nicht möglich. Er antwortet überwiegend kurz und telegrammstilartig. Sehr häufig spricht er unkontrolliert in echolalischer Weise Vorgegebenes nach, wobei er zwischen unsinnigen und widersprüchlichen Gedankeninhalten nicht differenzieren kann, was seine ausgeprägte Suggestibilität deutlich macht. Oft antwortet Herr I auch nur stereotyp mit "Ja" oder "Nein". Auf konkrete Fragen läßt er sich nicht fixieren. Er redet dann einfach vorbei und produziert in völlig unzulänglicher und wurstiger Manier blühenden Unsinn. Bezeichnend für ihn ist weiterhin eine starke Ablenkbarkeit und Konzentrationsstörung. Infolge dessen überrascht es, daß sich auch bei wiederholten Gesprächen die vorgebrachte Rede im gleichen Wortlaut wieder abspielt. Rein inhaltlich jedoch repetiert Herr I stereotyp die gleichen Gedanken, was als Perseveration interpretiert werden muß. Im Gespräch mit dem Patienten ist uns weiterhin aufgefallen, daß ihn kein ernstes Wort und kein Vorhalt aus der Fassung bringen können. Seine nicht tiefgehende, flache Heiterkeit entbehrt gelegentlich nicht einer gewissen Originalität, die

zwischen durch auch auf den Gesprächspartner übergreift.

Zahlreiche grammatikalische und syntaktische Fehlleistungen, wie auch Klangassoziationen, Neologismen, z.B. Konzertiker, und Alliterationen kennzeichnen seine Ausdrucksweise. Die Sprache selbst ist monoton-laut, modulationslos und trotz gelegentlichen Lispelns gut verständlich, was nicht bedeutet, daß Herr I um eine saubere Artikulation bemüht ist. Inhaltliche Störungen resultieren auf Grund seines Desinteresses und dem Mangel an geistiger Situationsbeherrschtheit.

Die Krankheit des Patienten, die um 1940 - Herr I war gerade 14 Jahre alt - begann, zeigte von Anfang an einen chronisch progredienten Verlauf und führte zu einer ausgeprägten Persönlichkeitsveränderung. Obig beschriebene Symptomatik trat im Längsschnitt mit wenigen Intensitätsschwankungen stets in Erscheinung. Dagegen traten akut psychotische Exazerbationen, während denen Herr I raptusartige Erregungszustände zeigte, Pflegern und Mitpatienten ohne ersichtlichen Grund brutal ins Gesicht schlug und spuckte und zu schweren Sachbeschädigungen neigte, sowie Herrn I's homosexuelle Annäherungsversuche immer wieder und in unterschiedlicher Häufigkeit auf. Diese Feststellung trifft auch auf seine Sammelneigung zu, die stets mit einer ausgeprägten Unsauberkeit einherging. Dieses 'Episodisch-Periodenhafte' war auch den Halluzinationen und Stimmen des Patienten eigen, die jedoch nie genau und vollständig ergründbar waren, weil der Patient sie entweder negierte oder nur sehr oberflächlich dazu Stellung nahm. Bedenkt man jedoch seinen plötzlichen Stimmungswechsel im Gespräch, wobei Herr I kurzzeitig ernst, fast verstimmt, still verharrend und unansprechbar

war, kann man sich unschwer ausmalen, daß Wahnvorstellungen und auch Erregungszustände möglich sind.

Herr I ließ sich während seines Klinikaufenthaltes, der seit 1944 bis heute andauert, nicht immer in die Arbeitstherapie integrieren. Zur Zeit nimmt er trotz seiner Interessenlosigkeit in der hauseigenen Arbeitstherapie teil, wo er automatenhaft gleichförmig Spielkegel sortiert. Zwanghaft, gleichsam programmiert, aber ohne jegliches Engagement erledigt Herr I außerdem seine Tätigkeit als Essensfahrer. Diese Aufgabe erfüllt er mit pedantischer Pünktlichkeit und Monotonie. Erwähnenswert noch, daß eine Tante väterlicherseits einmal in einer Nervenklinik gewesen sei.

Herr J, 57 Jahre

Zusammenfassung (28. 06. 1983)

Der 57-jährige und vorgealtert wirkende Patient ist 175 cm groß. Seine Körpergestalt erscheint mit dem Körpergewicht von 70 kg eher leptosom. Spitz sind auch die Gesichtszüge, wobei neben der längsovalen Kopfform besonders die hakenförmige Nase, die schmalen Lippen, der spitze Mund und das völlig verwahrloste, lückenhafte Gebiß auffallen. Das äußere Erscheinungsbild ist ungepflegt. Dazu passen die stark verschmutzten Fingernägel, die vom Rauchen bereits schwarz verfärbten Finger, aber auch die unkorrekte und fleckig-verschmierte Kleidung, die besonders an den Ärmeln viele Spiegel eingetrockneten Nasensekrets aufweist. Kraftlos und gebückt ist Herrn J's Körperhaltung, während die Schultern nach vorne fallen und die Arme lasch baumeln. Insgesamt wirkt Herr J in seiner Motorik ruckartig und eckig.

Das aktuelle psychopathologische Bild des Patienten, der zeitlich, örtlich und zur Situation desorientiert scheint, wird sehr stark geprägt von seiner dysphorischen Grundstimmung, die sowohl im Umgang als auch im Gespräch ein sehr abweisendes, widerwilliges und negativistisches Verhalten verursacht. Es verwundert deshalb nicht, daß der vermutlich auch angstüberlagerte und mißtrauische Patient, der unter Berücksichtigung seiner Initiativlosigkeit, seines Spontaneitätsverlustes und seiner ausgeprägten Antriebsarmut, die meiste Zeit völlig abgekapselt und autistisch, häufig krampfhaft in sich zusammengekauert im Zimmer hockt und mit unbeweglichem, ausdruckslosem Blick gleichgültig in die Luft oder in eine Ecke stiert. Sein

Gesichtsausdruck und seine Mimik bleiben monoton stumpf und versteinert, was aber seine Gereiztheit und Gespanntheit nicht zu vertuschen vermag. Diese Aggressionstendenz bewegt sich deutlich spürbar - die kolossale psychomotorische Unruhe spricht dafür - immer um den Siedepunkt herum und kommt, laut Pflegerberichten, auch immer wieder in Form von impulsiven, unberechenbaren, raptusartigen und brutalen Erregungszuständen zum Ausbruch.

Ein geordnetes Gespräch mit dem Patienten ist derzeit unmöglich. Dies liegt einmal daran, daß Herr J spontan kaum spricht, vielmehr zeigt er fast eine Redesperre. Zum anderen bestehen seine spärlichen Antworten ausschließlich aus Wortfetzen und zerfahrenen und zusammenhangslosen Satzbruchstücken, die er zudem noch in einer undeutlichen, kloßig-nuschelnden, bayerischen Mundartsprache, gut durchsetzt mit syntaktischen und grammatikalischen Störungen, vorbringt. Häufig murmelt er auch nur vor sich hin oder führt brummende, unverständliche Selbstgespräche. Abgesehen davon fehlt Herrn J jegliche Willenseinstellung für eine Unterhaltung. Auffällig in seinen Äußerungen ist das absolute Tohuwabohu, das vermutlich auf eine paranoide Symptomatik hinweist, die bei Herrn J aber nicht hinterfragbar ist, wenngleich er Phoneme zugibt.

Zur aktuellen Symptomatik zählen ferner seine hygienische Verwilderung, seine Krankheitsuneinsichtigkeit sowie seine homosexuelle Tendenz.

Die Krankheit des Patienten begann 1946 mit Verfolgungs- und Vergiftungsideen, die ihn sehr ängstlich und mißtrauisch stimmten und ihn damals in ausgesprochen hohem Maße suizidal gefährdeten, da ihm das Leben "als qualvoll erschien". Diese Symptomatik trat aber bald in den Hintergrund und wurde sehr rasch durch obig beschriebenen Sym -

ptomenkomplex überdeckt, der seit ca. 25 Jahren einen chronisch akuten Verlauf zeigt.

Konstant traten dabei nahezu immer, lediglich in der Intensität variierend, folgende Symptome auf: affektive Nivellierung, Antriebs- und Initiativelosigkeit, Interesselosigkeit, gesteigerte psychomotorische Unruhe bei negativistisch-dysphorischer Grundstimmung, Autismus, Mutismus, Kommunikationsunvermögen, formale und auch inhaltliche Denkstörungen, geistige Stumpfheit, Triebhaftigkeit im Sinne einer homosexuellen Neigung, verschroben-bizarres Verhalten, Verwahrlosungsneigung und fehlende Krankheitseinsicht. Typisch für die Chronizität der Krankheit waren auch die episodenhaft und immer wieder auftretenden impulsiven und brutalen Verstimmungszustände des Patienten.

Sämtliche Symptome führten ad hoc zu einem weit fortgeschrittenen Defekt und zu einer massiven Persönlichkeitsstörung. Eine permanente Unterbringung in einer geschlossenen psychiatrischen Anstalt ist derzeit dringend erforderlich, nicht zuletzt aufgrund seiner Unfähigkeit, seine Krankheit und soziale Situation richtig einzuschätzen und der extremen Verwahrlosungsneigung.

Eine Einordnung des Patienten in die Arbeitstherapie gelingt augenblicklich trotz größter Mühe nicht. Herr J lebt planlos und tatenlos in den Tag hinein.

Herr K, 32 Jahre

Zusammenfassung (28. 05. 1983)

Der Patient ist 170 cm groß, mit 80 kg stark übergewichtig und von untersetzter Statur. Die Adipositas besteht vor allem am Abdomen. Herr K wirkt kraftlos und ist insgesamt in seiner Motorik verlangsamt. Die Gesichtszüge sind vergrößert, breit der Hals und unproportional klein die Ohren. Sein dunkles und kräftiges Haar trägt der Patient wellig nach hinten gekämmt, so daß seine faltenfreie und fettig-glänzende Haut besonders auffällt, die außerdem zahlreiche Aknenarben aufweist. Das Hautkolorit ist hyperämisch, das Gebiß lückenhaft und ungepflegt. Über seinen leicht prominenten, großen Augen fallen breite, buschige Augenbrauen auf. Die stark verschmutzte und unkorrekte Kleidung verleiht Herrn K ein ungepflegtes, schlampiges Äußeres.

Das gegenwärtige psychopathologische Bild des 32-jährigen Patienten ist vor allem gekennzeichnet durch sein läppisch-heiteres, sorgloses, z. T. verschroben wirkendes und psychomotorisch hyperkinetisches und faxenhaftes Gebaren. Mimik und Gestik sind davon auch betroffen. Zu diesen Symptomen gesellen sich seine Antriebsarmut, eine allgemeine Interessenlosigkeit, eine affektive und ethische Verflachung, die ihn, vorausgesetzt er überwindet seine Kontaktscheu, distanzlos und aufdringlich werden läßt. Ohne zwischenmenschliches Feingefühl versucht Herr K, bei dem häufig auch eine ambitendente Neigung besteht, seine Meinung und Wünsche durchzusetzen. Dabei fehlen ihm jegliche Kritik- und Urteilsfähigkeit, die es auch mitbedingen, daß er seiner geistigen und sozialen Situation völlig hilf-

und ratlos gegenübersteht.

Seine Denkstörungen sind erheblich. Im formalen Bereich treten diese Störungen in Form von Klangassoziationen, Verbigerationen, Denkhemmung, Denkentgleisung, Vorbeireden und enormer Ablenkbarkeit auf, wobei letztere auch durch sein Konzentrationsunvermögen bedingt ist. Neben diesen formalen Denkstörungen fällt eine allgemeine Denkverarmung auf, die sowohl das kritische, kombinatorische als auch das abstrakte Denken betrifft. Inhaltlich treten in Erscheinung Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, absurde Ideen und z.T. Erinnerungsfälschungen. Auf Befragen gibt er auch akustische Halluzinationen zu. Altgedächtnis und Merkfähigkeit sind reduziert. Herr K spricht mit lallender und kloßiger Stimme. Um eine deutliche Artikulation bemüht er sich nicht. Dennoch ist sein bayerisch-schwäbischer Mischdialekt deutlich vernehmbar, wobei zahlreiche grammatikalische und syntaktische Störungen festzustellen sind.

Am Anfang, das ist zu Beginn der siebziger Jahre, zeigte HermK's Krankheit einen wellenförmigen Verlauf. Eine sichere Schizophrenie war damals noch nicht klar erkennbar. Seit 1976 jedoch, als er im Krankenhaus Landsberg zu den "Engeln fliegen wollte", liegt wohl ein chronisch progredienter Verlauf vor, wobei es immer wieder zu psychotischen Exazerbationen mit starker halluzinatorischer Beeinflussung von akustischem und optischem Gepräge, erheblicher psychomotorischer Unruhe und aggressiven Ausbrüchen kommt. In solchen Verstimmungszuständen wirkt der Patient extrem gespannt und gequält und ist in seinem Verhalten unberechenbar. Die Symptome Unsicherheit und Angst vor Menschen, wie sie zu Beginn der zahlreichen Aufnahmen immer wieder beschrieben wurden, treten auch heute

noch, jedoch gemäßigter auf.

Zur Zeit scheinen die freundlichen und gutgelaunten Episoden länger als die Verstimmungsepisoden anzuhalten, in denen Herr K neuerdings auch zu sexueller Enthemmung neigt, indem er vor Mitpatienten schamlos onaniert. Ohne intensive pflegerische Überwachung würde diese Handlungsweise sicherlich häufiger vorkommen. Auch wäre Herr K in höherem Maße bezüglich einer Verwahrlosung gefährdet. Er bedarf permanenter Pflege und Nachsorge. Das trifft auch in der Arbeitstherapie zu, in der er derzeit zwar regelmäßig teilnimmt, ohne Anleitung und konsequentes Antreiben dort aber wenig Brauchbares leistet.

Herr L, 29 Jahre

Zusammenfassung (01. 06. 1983)

Herr L, 29 Jahre alt, ist ein 180 cm großer und 70 kg schwerer Patient mit asthenischem Habitus. Er trägt halblanges, dunkles und in der Mitte gescheiteltes Haar, das fettig-strähniq herunterhängt. Zusammen mit dem wild wuchernden Bart umrahmt es sein länglich ovales Gesicht, dessen Haut nahezu faltenlos, seborrhöisch und auffallend blaß-fahl ist. Die schmalen, dunklen Augenbrauen, die über der Nasenwurzel zusammengewachsen sind, wirken wie mit einem Farbstift über die Augen gezogen. Ihre Sprache, ihr Ausdruck scheinen tot. Ebenso die Mimik, die sein Gesicht zur Maske entstellt. Allein die Lippen verraten noch etwas Leben in Form eines permanenten, parakinetischen Zitterns. Deutliche Brandwunden durch Zigarettenrauchen zeigen die Fingerkuppen seiner rechten Hand. Deshalb und insbesondere durch die mit Fettspiegeln verschmierte und teilweise kaputte Kleidung, die farblich wahllos zusammengestellt und schlampiq angezogen ist, wirkt sein äußeres Erscheinungsbild vernachlässigt und ungepflegt.

Das aktuelle psychopathologische Bild des Patienten ist vornehmlich gekennzeichnet durch eine hochgradige Kontakt- und Antriebsstörung, eine ausgeprägte Initiative- und Interesselosigkeit, wobei letztere nur noch den Griff zur Zigarette zuläßt - sowie durch eine starke Nivellierung im emotionalen Bereich. In autistischer Zurückgezogenheit und unberührt von den Vorgängen seiner Umgebung lebt Herr L. völlig gleichgültig und apathisch, meist mutistisch vor sich hinsinnierend, in den Tag hinein. Die Stimmungslage

ist überwiegend unlustig mit einem Zug von Mißmut. Es mangelt ihm an jeglicher Zielsetzung. Seine Krankheit und soziale Situation vermag er nicht realistisch einzuschätzen. Zur Verwirklichung seines immer wieder geäußerten Entlassungswunsches fehlt ihm die Entschlußkraft und Spontanregsamkeit. Dazu paßt seine insgesamt adynamische und extrem verlangsamte Motorik.

Alles in allem erscheint Herr L in seiner Persönlichkeit fad und sorglos.

Ein geordnetes Gespräch läßt sich mit dem Patienten, der spontan kein Wort spricht, nicht führen. Er zeigt erhebliche Auffassungs- und Konzentrationsstörungen. Sein Antwortverhalten ist zögernd und stockend. Herr L bildet überwiegend bruchstückhafte Sätze oder serviert nur einzelne Wortfetzen. Zwischendurch verfällt er im Sinne einer Wortfindungsstörung ins Stottern. Dabei wiederholt er das letzte Wort einer Aussage mehrmals oder er macht eine längere Sprechpause, nach der er mit einem verbigerierenden "äh, ja" nur krampfhaft wieder in Gang kommt. Stereotyp leitet er seine Antworten mit "ich meine" ein. Grammatikalische und syntaktische Fehlleistungen kommen häufig vor. Seine Sprache, die modulationslos und monoton dahinfließt, ist stammelnd und nasselnd. Stark beeinträchtigt wird sein Gedankengang durch zahlreiche formale Störungen. Diese treten in Erscheinung als Denkverschwommenheit, Denkentgleistung, Inkohärenz, Vermengung der Gedanken, Gedankenspringen und Denkhemmung. Bei der psychoexperimentellen Denküberprüfung zeigt Herr L darüberhinaus auch Einbußen im differenzierten, kombinierten und konkreten Denken. So redet er meistens am Kern der Sache vorbei und gelangt zu keinem sinnvollen und nachvollziehbaren Kontext.

Die Krankheit des Patienten begann um 1971. Herr L unterbrach seine kaufmännische Lehre, blieb öfters von zu Hause fort, streunte umher, war kontaktlos und redete entweder nichts oder unverständliche Dinge. Im Mai 1974 kam es nach kleineren kriminellen Handlungen erstmals zur Aufnahme ins BKH. Bereits zu dieser Zeit traten Symptome wie Autismus, Apathie, Gleichgültigkeit, Antriebslosigkeit, affektive Abstumpfung, Krankheitsuneinsicht, Kritik- und Urteilsunfähigkeit gegenüber seiner Krankheit und sozialen Situation und Denkstörungen deutlich in Erscheinung. Sämtliche unternommenen Therapieversuche erbrachten keine gravierenden Befundveränderungen, nicht zuletzt deshalb, weil Herr L mehrfach entwich. Und gerade während solcher Entweichungszeiten war Herr L in hohem Maße gefährdet durch Alkohol- und Drogenkonsum und Verwahrlosungsneigung, was sein Zustandsbild stets deutlich verschlechterte. Wiederholte stationäre Aufnahmen waren unumgänglich. Im Längsschnitt betrachtet war der Verlauf hinsichtlich der Symptomatik, wie sie der aktuelle Befund schildert, von Beginn an chronisch akut, d. h. die produktive Symptomatik ist in all den Jahren nie ganz zurückgegangen.

Einen mehr wellenförmigen Verlauf zeigen dagegen die seit ca. 1980 immer wieder exazerbierenden unberechenbaren, impulsartigen und brutalen Aggressionen, wie auch die seit jeher bestehenden paranoiden Ideen, die seine Umgebung zum Angriffsziel haben, und die akustischen Halluzinationen, die jedoch nicht genau zu eruieren sind. Episodenhaft treten auch immer wieder auffallend konträre und unsinnige Verhaltensweisen in Erscheinung. Beispielsweise, wenn Herr L sich betend auf die Knie fallen läßt und im nächsten Moment erbarmungslos auf andere einschlägt, sich mit Tee übergießt oder Essen herumstreut.

Stets schwierig gestaltete sich HermL's Integration in die Arbeitstherapie. Zur Zeit marschiert er zwar regelmäßig zur Arbeit, leistet dort aber nichts Brauchbares und muß zu jeder Tätigkeit unnachgiebig angehalten werden. Seine Verwahrlosungsneigung - Herr L ist hinsichtlich Körper- und Kleiderpflege sehr nachlässig - und Unselbständigkeit, wie auch die Verstimmungsepisoden des Patienten machen eine permanente intensive pflegerische Nachsorge und Überwachung derzeit absolut notwendig.

Herr M., 47 Jahre

Zusammenfassung (04. 06. 1983)

Eine stichpunktartige Personenbeschreibung des 47 Jahre alten Patienten könnte so lauten: 165 cm groß; 60 kg schwer; leptosome, fast kachektische Körpergestalt; liches, fettiges, zurückgekämmtes Haar mit frontaler Glatze; livides Hautcolorit; Exophthalmus; klobige Nase; ca. vier cm lange Narbe am linken Kinnrand; steil nach lateral ansteigende Augenbrauen; ausgeprägte suborbitale Hautfalten bei insgesamt seborrhoischer Haut; Bartstoppeln; unproportional großer und quadratförmiger Kopf; ausgesprochen zartgliedrige Hände mit deutlichen Nikotinspuren und stark verschmutzten Fingernägeln; unauffällige Kleidung; gebückte Oberkörperhaltung; nach ventral fallende Schultern mit krampfhaft an den Körper gepreßten Armen; weit nach vorn gestreckter Kopf; Schritte werfend; Gang insgesamt watschelnd und schlüpfend; fader, lebloser Gesichtsausdruck mit immer wieder auftretender läppisch-grinsender Miene; Blick meist stur auf den Boden gerichtet.

Im Vordergrund des gegenwärtigen Krankheitsbildes des Patienten stehen das läppisch-faxenhafte Gebaren, gekennzeichnet durch ein sehr häufig auftretendes, inadäquates, z.T. auch verlegenes bis kicherndes Lachen, eine deutliche Neigung zu hinterlistigen Scherzen und eine ausgeprägte Antriebs- und Interessenarmut, worüber auch seine relative Lenkbarkeit und seine arbeitstherapeutische Integration nicht hinwegtäuschen dürfen. Weiterhin fallen auf eine weitgehende affektive Nivellierung, die eng im Zusammenhang steht mit der ethischen Abstumpfung, sowie sein

Autismus und sein doch eingeschränktes Kontaktstreben. Dieses ist allerdings in den in relativ großen Zeitabständen immer wieder aufflackernden psychotischen Exazerbationen, in denen er eine dreist-rastlose Umtriebigkeit mit aggressiven Ausschreitungen entwickelt, dahingehend gesteigert, daß er in fast manischer Getriebenheit sich nicht nur stereotyp durchs Gesicht fährt, seine Hände reibt oder an sich herumzupft, sondern in einem unkontrollierten, zerfahrenen und nicht zu stoppenden Redefluß seine Umgebung mit Fragen und blödsinnigen Bemerkungen malträt. Ein weiterer besonderer Aspekt seines Kontaktbegriffes besteht darin, daß er in ruhigen Phasen zwar nicht besonders aktiv auf seine Mitmenschen zugeht, jedoch laut- und fluchend und schimpfend beginnt, wenn er sich vernachlässigt fühlt. Sein reaktives Verhalten auf Ansprache ist alles in allem doch freundlich und zugewandt.

Ein produktives Gespräch ist mit dem Patienten, der seinem stereotyp vorgetragenen Entlassungswunsch äußerst zwiespältig gegenübersteht, kaum möglich. Dies liegt einmal daran, daß er sich auf kein Thema fixieren läßt, sondern ständig Gedankensprünge vollführt. Zum anderen ist er nicht fähig, den Kern einer Sache zu erkennen. Das Resultat dieser sowohl inhaltlichen wie auch formalen Denkstörungen ist ein völlig zusammenhangsloses und konfuse Gespräch, das außerdem durch seine quakende, monoton-leiernde Stimme und durch die syntaktischen Störungen eine sprachlich-verarmte, kindlich-naive Note erhält. Sehr auffällig ist auch seine Echolalie. Negativ beeinflusst wird ein Gespräch mit Herrn M auch dadurch, daß er absolut konzentrationsunfähig und äußerst ablenkbar ist. Seine Unsicherheit und Unbeholfenheit läßt ihn häufig kindlich- ausweichend reagieren.

Weitere typische Symptome, die er allerdings erst in den letzten zehn Jahren entwickelte, sind die hypochondrische Klagefreudigkeit und die Beeinträchtigungsgefühle des Patienten. Diese werden wohl ausschließlich durch seine Mitpatienten verursacht, da keinerlei Hinweise für eine halluzinatorische Beeinflussung existieren.

Die Krankheit nahm mit großer Wahrscheinlichkeit ihren Anfang 1949. Der damals 13-jährige Patient wurde wegen familiärer Geschehnisse vorübergehend in einer Kinderheilstation untergebracht. 1951 wurde von der Universitäts-Nervenklinik Tübingen wegen psychischer Auffälligkeiten ein jugendpsychiatrisches Gutachten erstellt, in dem Herr M als äußerst "empfindsamer, scheuer und gehemmter Junge, dem es an jeder Spontanaktivität fehle" beschrieben. Bereits 1954 mußte der Patient als 18-Jähriger im BKH aufgenommen werden, wo sich sehr bald seine Geisteskrankheit herauskristallisierte. Seit dieser Zeit gestaltete sich der Verlauf der Krankheit chronisch progredient. Das wie obig beschriebene psychopathologische Bild, das zum heutigen Residualzustand mit massiver Persönlichkeitsveränderung führte, änderte sich im Längsschnitt seit 1954 nicht wesentlich.

Aufgrund seiner Urteils- und Kritikunfähigkeit und seines absolut fehlenden Realitätsbewußtseins seiner geistigen und sozialen Situation gegenüber sowie seiner in den letzten Jahren ansteigenden Pflegebedürftigkeit machen ein Leben in Eigenverantwortlichkeit unvorstellbar und gefährden ihn in höchstem Maße im Sinne einer Verwahrlosung.

In der Arbeitstherapie kann Herr M zur Zeit zwar einge-

setzt werden, allerdings strengt er sich dort nicht gerne an. Entsprechend bescheiden sind seine gezeigten Leistungen.

Herr N, 44 Jahre

Zusammenfassung (16. 06. 1983)

Herrn N ist 44 Jahre alt und wirkt vorgealtert. Er ist 175 cm groß und mit seinen 65 kg Körpergewicht von leptosomem Habitus. Auffällig seine dreieckige Kopfform mit den großen, abstehenden Ohren, den brünetten Stoppelhaaren und den haarlosen, frontotemporalen Ecken. Die Gesichtsfarbe ist fahl-grau, die Gesichtszüge wirken plump, bedingt durch die großen, von Falten umgebenen und tiefliegenden Augen, die breite, gefurchte Stirn, die klobige Nase, die tiefe Nasolabialfalte sowie den breiten Mund mit den aufgetriebenen, livid verfärbten Lippen. Rauh, fast lederartig ist seine Haut. Die Hände sind von zahlreichen Rissen, Schründen und Schwielen gezeichnet und vom Nikotin gelbbraun verfärbt. Herr N, dessen Gesamterscheinung ordentlich und freundlich wirkt, ist unauffällig, aber sauber gekleidet.

Vor allem sind es die ausgeprägten Wahnideen erklärenden und beeinträchtigenden Charakters, Beziehungsideen und die vielfältigen absurden Ideen, insbesondere hypochondrischer Prägung, die im Vordergrund der Symptomatik stehen. So ist Herr N beispielsweise ganz von der Meinung eingenommen, daß ihn "der Feuersalamander gestochen" habe, weshalb man ihm eine "brennende Zigarette injizieren" müsse. Ebenso skurril klingen seine Behandlungsvorschläge, "Rosenöl und Sand zu spritzen", um seinen Kreislauf zu stabilisieren, der nach einem "Stich in die hintere Körperschaft in seiner Kindheit" gestört sei, "Borsten zu rauchen gegen Nierenentzündung" oder "sich tätowieren zu lassen gegen seine Syphilis", unter der er augenblicklich

am meisten zu leiden scheint.

Nach wie vor spricht Herr N auch von seinem "Kotschuß". Als Erklärung gibt er derzeit an, daß es sich dabei um eine "titanische Erkrankung" handle. In früheren Explorationen beschrieb er den Kot als "28 cm großes Lebewesen mit Ohren, das grau-braun wie ein Schatten und ganz klein" sei. Der Kot brauche nur einmal zu schießen, er treffe sofort.

Bei all seinen unentwegt produzierten und fast spielerisch vorgetragenen phantastischen Angaben handelt es sich nicht um einen systematischen Wahn, sondern um Wahngedanken, die sich um wenige Vorstellungen herum gruppieren und infolge seiner Zerfahrenheit nur einen losen und wenig verständlichen Zusammenhang aufweisen. Er selbst jedoch ist von seinen Ideen überzeugt und hält an diesen unbelehrbar fest, nicht zuletzt aufgrund seiner Urteils- und Kritikunfähigkeit, seiner fehlenden Krankheitseinsicht und seinem Unvermögen, Wahn und Wirklichkeit voneinander zu trennen.

Eine Verständigung mit ihm wird dadurch erheblich beeinträchtigt, phasenweise sogar unmöglich. Hinzu kommt, daß Herr N ein sehr schlechtes, weil gebrochenes Deutsch spricht und auch ausgeprägte Verständnisschwierigkeiten aufweist. Zahlreiche sprachliche Fehlleistungen wie Wortneubildungen, grammatikalische und syntaktische Störungen sind in diesem Zusammenhang feststellbar. Noch auffälliger sind natürlich die formalen Denkstörungen, die wie die inhaltlichen, kommunikations-erschwerend wirken. Diese manifestieren sich sowohl als Ideenflüchtigkeit, Inkohärenz, Ablenkbarkeit und haftendes Denken als auch im Sinne von Denkentgleisung, Kontaminationen und Gedankenspringen, die zusammen die Paralogie seines Denkens bedingen. Trotz seiner grob auffälligen Denkzerfahrenheit ist der Patient,

gerade bei der psychoexperimentellen Denküberprüfung, immer wieder auch zu sinnvollen Leistungen fähig.

Eine Interaktion mit Herrn N, dessen Kontaktstreben stark reduziert ist - auf der Station nimmt er nur im Rahmen seiner Küchentätigkeit mit seinen Mitpatienten Kontakt auf, ansonsten verhält er sich zurückgezogen und autistisch -, kommt zustande, wenn man aktiv auf ihn zugeht. Er reagiert dann freundlich, zugewandt und aufgeschlossen und zeigt phasenweise sogar eine interessierte Gesprächshaltung.

Ähnlich verhält es sich mit seinen Gefühlsäußerungen, die der Patient uns als Gesprächspartner entgegenbringt. Wirkt er bei bloßer Beobachtung eher stumpf und eingeschränkt schwingungsfähig, so macht er bei der Exploration einen affektiv wie auch mimisch und gestisch aufgelockerten Eindruck. Berücksichtigt man seine mitunter fast geheimnisvolle Stimme, die überzeugt klingende Erzählweise, die gedankliche Haftung an seine Ideen, den Affektanstieg bei Widerspruch, aber auch den Tremor seiner Hände, der, wohl medikamentenbedingt, verstärkt wird, wenn er von seinen Wahnideen berichtet, muß man doch von einer gewissen affektiven Koppelung an seine Wahnideen sprechen. Alle diese Indizien weisen gleichermaßen auf die Bedeutung der Wahngedanken für das Leben des Patienten hin, der augenblicklich Halluzinationen negiert. Diese sind aber bei Herrn N unbestreitbar, vornehmlich in somatischer Prägung, vorhanden.

Die Stimmungslage des im Wesen stillen und langsamen Patienten - in seiner spontanen Regsamkeit und seinem Antriebsvermögen wirkt er insgesamt eingeschränkt - hat grundsätzlich nichts grob Auffälliges an sich. Herr N,

der fleißig in der Stationsküche mithilft, wirkt prima vista zufrieden. Berücksichtigt man bei genauer Beobachtung jedoch seinen gedrückten, fast depressiven Gesichtsausdruck, der gelegentlich durch ein zaghaft-zögerndes, hilfloses und richtungsloses Lächeln aufgelockert wird, und sein zurückhaltendes, fast scheu-gehemmtes Verhalten, ist man geneigt, seine Zufriedenheit und Arbeitswilligkeit als Überangepaßtheit zu interpretieren, die mit der Krankheit zusammenhängt.

Motorisch wirkt Herr N nicht gravierend gestört, auch wenn seinen Bewegungen ein gewisser Fluß und die Abrundung fehlen.

Hinsichtlich der präpsychotischen Entwicklung und psychischen Auffälligkeit vor der Manifestation der Erkrankung des Patienten sind nur Vermutungen anzustellen. Die erste Angabe, die seine Krankheit betrifft, fällt in die Zeit seines Englandaufenthaltes (Anfang 1960). Er war damals mit ca. 20 Jahren einige Monate in einer Nervenklinik. Nach diesem stationären Aufenthalt ist es wahrscheinlich zu einer Besserung der Krankheit gekommen. Insofern kann man den Krankheitsbeginn als akut bezeichnen. Der weitere Verlauf vollzog sich bis etwa 1972 schubweise mit Phasen der Besserung. Seit 1972 jedoch muß man das Krankheitsbild aufgrund des unveränderten Krankheitsverlaufes chronisch nennen. Permanent trat dabei das psychopathologische Zustandsbild wie es der aktuelle Untersuchungsbefund schildert in Erscheinung.

Ausgenommen davon seine Integrierbarkeit in der Arbeitstherapie. Diese besserte sich, nachdem Herr N die ersten paar Jahre jegliche Arbeitstherapie verweigerte, von Jahr zu Jahr. Heute gilt der Patient trotz seines insgesamt reduzierten energetischen Potentials als williger,

fleißiger und brauchbarer Arbeiter, der vornehmlich in der Stationsküche alltäglich anfallende Arbeiten exakt und pflichtbewußt erledigt.

Herr O, 38 Jahre

Zusammenfassung (04. 07. 1983)

Der altersentsprechend wirkende Patient ist 38 Jahre alt, 175 cm groß und 70 kg schwer. Seine Körpergestalt wirkt asthenisch. Herr O hat schwarzes Haar, das links gescheitelt und mit Frisiercreme streng zur Seite gekämmt ist. Frontotemporal ist Herr O haarlos. Hoch ist die von Falten zerfurchte Stirn, die wie die übrige Gesichtshaut fettig glänzt. Die Gesichtszüge wirken durch die schmale Kopfform - sie gleicht einem auf die Spitze gestellten Dreieck -, die schlanke und prominente Nase, den schmalen Mund sowie das hervorspringende Kinn spitz. Tief gefurcht ist die Nasolabialfalte. Die schwarzen Augenbrauen stehen auffallend weit auseinander und laufen schmal nach weit lateral aus. Nicht minder auffällig die großen und abstehenden Ohren. Das äußere Erscheinungsbild des Patienten wirkt sauber und ordentlich, was ihn aus dem Kreis seiner Mitpatienten heraushebt. Dazu paßt der gepflegte Rundbart um Oberlippe und Kinn wie auch die gepflegte, sorgfältige Kleidung. Ausgesprochen feingliedrig sind Herrn O's Hände. Dagegen wirkt der Gang schwerfällig und plump. Überhaupt mangelt es seiner Motorik an Dynamik.

Im psychopathologischen Bild des Patienten, der im Gespräch zwar recht zugänglich, aufgeschlossen und freundlich wirkt, dessen gedrückte und depressive Grundstimmung aber unübersehbar ist - sein sehr ernster und starrer Blick, sowie sein gehemmtes und vorsichtiges Lachen bestätigen diesen Eindruck - dominiert derzeit eine scheinbare Krankheitseinsicht. Da er aber glaubt, seine Krankheit überwunden zu haben, ist Herr O im Gespräch bemüht, psychisch so unauffäl-

lig wie möglich zu wirken. Die Art und Weise jedoch, wie er beispielsweise seine Depressionen, Verfolgungsideen, seine wahnhaften Erlebnisse, seine Erfindungen wie auch seine Stimmen derzeit von sich weist, erwecken beim Zuhörer den Eindruck, daß er zu dissimulieren versucht. Vermutlich nicht zuletzt deshalb, um seinen permanenten Entlassungswunsch eventuell erfüllt zu bekommen.

Dieses Ziel hat er zweifelsohne auch vor Augen, wenn er bedenkt, daß er den "richtigen Verhaltensstil" gefunden habe. Dagegen spricht aber zum Beispiel, daß er beim Sprechen in seiner Mimik und Gestik doch sehr reduziert erscheint. Hinzu kommt, daß Herr O besonders bei der Denküberprüfung erhebliche Schwierigkeiten hat, Sprichwörter zu interpretieren und Begriffe zu konkretisieren. Er verfällt bei diesen Denkaufgaben in eine auffallend gedankliche Verschwommenheit.

Auffallend auch der immer wieder unnatürliche Affekt, der im Verlauf des Gespräches häufig devot wirkt. Darüber kann allerdings der bei zahlreichen Aussagen festgestellte adäquate affektive Nachdruck nicht hinwegtäuschen, der vor allem dann zu spüren ist, wenn sich der Patient im Gespräch engagiert zeigt.

Der Krankheitsverlauf muß im Längsschnitt betrachtet als chronisch progredient betrachtet werden und hat ohne Zweifel zu einem massiven Persönlichkeitsabbau geführt. Gekennzeichnet war Herrn O's Krankheit von Beginn an (1967) durch seine wahnhaften Beziehungs- und Verfolgungsideen, die ihn in unterschiedlicher Weise beeinträchtigten. So fühlte er sich von allen möglichen Personen in seiner Umgebung beeinflusst, bedroht und in den Tod getrieben. Zum anderen fühlte er sich von imperativen Stimmen, insbesondere von

seiner Freundin, gelenkt oder er stand unter dem Zwang, Frauen nachzugehen oder Mädchen aufzusuchen. Seit Krankheitsausbruch waren auch seine Suizidgedanken und -versuche vorhanden.

Episodenhaft dagegen treten akut psychotische Exazerbationen auf, in denen obig beschriebene Symptome ausgeprägt in Erscheinung treten mit gleichzeitig auftretender schwerer Erregung, hochgradig paranoiden Ängsten, ausfallenden sowie verbalen Aggressionen und Tätlichkeitsneigung. In den dazwischenliegenden ruhigen Intervallen, zur Zeit scheint ein besonders ruhiges vorzuliegen, wirkte Herr O nach außen hin weitgehend geordnet, angepaßt und aufgelockert, andererseits aber auch mißtrauisch, gehemmt, autistisch, kontaktgestört, undurchsichtig, vor sich hinsinnierend, depressiv, fast substuporös, emotionslos, gleichgültig und realitätsfremd.

Obwohl man aus dem neuesten Untersuchungsbefund viele der obig angeführten Symptome teilweise nur erraten kann, ist eine Entlassung des Patienten zum jetzigen Zeitpunkt nicht spruchreif, da Herr O besonders durch seine unvermutet auftretenden psychotischen Phasen sowie durch seine Suiziddisposition als selbst- und fremdgefährlich eingeschätzt werden muß. Hinzu kommt, daß Herr O aufgrund seiner vermeintlichen Urteils- und Kritikfähigkeit nicht ohne Aufsicht leben kann.

Herr O ist augenblicklich in der Ringbücherei des BKH eingesetzt. Seine Leistungen dort sind durchwegs als zufriedenstellend bis gut zu beurteilen.

Frau P, 34 Jahre

Zusammenfassung (23. 07. 1983)

Die 34-jährige Patientin, die 180 cm groß und stark übergewichtig ist, wirkt kindlich-mädchenhaft. Ihr schwarzes Haar, das sie in Stirnbreite streng nach hinten gekämmt trägt und seitlich glatt und strähnig herunterhängen läßt, umrahmt ihr unaufdringlich geschminktes Gesicht wenig vorteilhaft. Trotz ihrer allgemeinen Korpulenz sind ihre Hände fast zartgliedrig. Ihr Gang ist schwerfällig, die Schritte raumgreifend. Frau P ist konventionell, aber insgesamt sauber und korrekt gekleidet.

Die Patientin, deren Motorik schlaff, kraftlos, stark verlangsamt und verarmt ist, fällt insbesondere durch ihr läppisch-sorgloses und läppisch-heiteres Verhalten auf. Meist trägt sie eine inadäquat lächelnde Miene zur Schau, die qualitativ sehr variiert: mal wirkt ihr Lächeln unbeholfen, mal zwanghaft und gebunden, dann verlegen, scheu und unsicher, mal läppisch-richtungslos, ein anderes mal einfältig, beschränkt, dann wieder verschmitzt, verstohlen-grinsend, aber auch hämisch und argwöhnisch. Immerzu scheint sie sich hinter einer lächelnden Fassade zu verstecken. Nie zeigt sie einen angemessenen und echten ernsthaften Gesichtsausdruck. Ohne tiefere Beteiligung imitiert Frau P die Mienen ihrer Ansprechpartner.

Interaktionen mit der Patientin sind nur möglich, wenn man auf sie aktiv zugeht. Sie wirkt dann einförmig freundlich, wenig aufgeschlossen und plump-höflich. Vorsichtig im Kontakt, ängstlich-zaghaft und im Grunde genommen mißtrauisch läßt sie mit kindlich-albernem Benehmen das Ge-

sprach gleichgültig und teilnahmslos über sich ergehen. Spontan spricht sie kaum. Ihre Antworten trägt sie lahm und redefaul vor. Sie sind meist kurz, bruchstückhaft und schlampig formuliert. Frau P spricht einen nicht sehr ausgeprägten oberbayerischen Dialekt. Die Verständigung mit ihr ist jedoch dadurch schwierig, weil sie sehr oft schnell und modulationslos redet oder mit hoher Stimme vor sich hinflüstert. Häufig antwortet die Patientin nur einsilbig mit "Ja" oder "Nein" oder auch gar nicht oder zuckt nichtssagend mit den Schultern. Im Gespräch wirkt sie gestisch und mimisch fast leblos. Das alles bewirkt, daß das Gespräch mit ihr schleppend und einseitig verläuft.

Formal ist das Denken von Frau P verändert im Sinne einer Denkhemmung und eines vagen bis zerfahrenen Gedankengangs, wenn-gleich größere syntaktische Fehlleistungen nicht festzustellen sind. Weiterhin äußert sich ihre Denkstörung in einer mangelnden Fähigkeit zu logischer Schlußfolgerung, Kombination und Abstraktion sowie Konzentration. Insgesamt ist ihr Denken verarmt. Wahngedanken leugnet die Patientin. Sie müssen aber angenommen werden. Beispielsweise führt sie als Gründe für ihre Tätlichkeiten gegen eine Arbeitstherapeutin an, daß diese den Ruß' angerufen habe, nicht anständig gewesen sei und sie, die Patientin, nicht angeschaut habe. Auch äußert sie unkritisch mit ihren realitätsfremden Zukunftsvorstellungen Größenideen. So wolle sie das Abitur nachmachen, Französisch und Englisch studieren, den Doktor machen und als Philologin arbeiten.

Das psychopathologische Zustandsbild der 34-jährigen Patientin charakterisieren zur Zeit folgende Residualsymptome: ausgeprägte Antriebsarmut, Interesse- und Initiativlosigkeit, Kritik- und Urteilsunfähigkeit, stark re-

duziertes Kontaktverhalten, Ambivalenz besonders ihrer Lebens- und Krankheitssituation gegenüber -, hochgradige Affektnivellierung sowie formale und inhaltliche Denkstörungen.

Die Krankheit der Frau P setzte um 1974 ein. Die damals 25-jährige Patientin verhielt sich infolge eines religiösen Wahns sehr auffällig und abnorm. Dabei fühlte sie sich vom Teufel und ihren Mitmenschen verfolgt, glaubte Christus getötet zu haben, wähnte sich als Heilige und wurde in ihren Wahnvorstellungen tötlich-aggressiv, besonders gegen ihre Mutter, bei der sie wohnte. Wiederholte stationäre Behandlungen in der Universitäts-Nervenlinik München und im BKH waren wegen solcher akuten Verstimmungszustände und der sie begleitenden gefährlichen Aggressionshandlungen notwendig. Hinzu kam, daß sich obig beschriebene Symptomatik permanent weiterentwickelte. Auch heute noch zeigt Frau P solche Stimmungsspitzen. Vorhaltungen dazu ignoriert, dementiert und bagatellisiert sie aber, nicht zuletzt deshalb, weil ihr jegliches Gespür für Verhältnismäßigkeit fehlt. Die ersten Jahre entließ man die Patientin nach Abklingen der akuten Zustände immer wieder nach Hause, auch deshalb, weil die Mutter von Frau P Bemühungen für eine weiterführende Behandlung jedesmal nur so lange unterstützte. Seit 1981 bis heute, war dies nicht mehr möglich. Im Längsschnitt zeigt sich ein chronisch progredienter Verlauf.

Erwähnt werden sollte auch noch Frau P's kaum sichtbares Zittern der Lippen und der feinschlägige Tremor beider Hände, beide vermutlich spätdyskinetische Erscheinungen, sowie die seltsam anmutende Beziehung zu ihrer Mutter. Dabei schwankt Frau P seit jeher zwischen kindlichen Abhängigkeitswünschen und hilfloser Wut. Frau P sitzt der-

zeit viel auf der Station untätig herum. Obwohl sie sich immer wieder in die Arbeitstherapie integrieren ließ - zur Zeit ist sie in der Teppichabteilung untergebracht -, waren ihre Leistungen stets ungenügend.

Frau Q, 51 Jahre

Zusammenfassung (24. 07. 1983)

Frau Q ist heute 51 Jahre alt, von pyknischem Konstitutionstyp, ca. 170 cm groß und mit über 80 kg Körpergewicht stark beleibt, wobei die Adipositas gleichmäßig über den ganzen Körper verteilt ist. Nur ihre Fesseln wirken schlank. Frau Q trägt Schuhe mit Absatz und ist konventionell gekleidet. Rock und Bluse jedoch sind stark fleckig verschmutzt, unter anderem auch mit Krusten eingetrockneter Speisereste. Zu diesem ungepflegten und unsauberen Gesamteindruck passen auch die schlampig aufgetragene und verwischte Schminke, das strähnig herunterhängende brünette Haar, die unkorrekt lackierten und verschmutzten Fingernägel, sowie die vom Nikotin gelb-braun gefärbten Fingerendglieder.

Die Motorik der Patientin wirkt wenig geschmeidig, eher adynam, weil gekünstelt. Sind Männer anwesend, ist ihr Gang tänzelnd, die Schritte klein und plump-wiegend. Fast unabhängig voneinander führt Frau Q mit Kopf, Oberkörper und Hüften schlängelnde Bewegungen aus. Das gleiche Verhalten zeigt sie auch während des Explorationsgespräches, in dessen Verlauf sie fast ständig unruhig und pubertär-verlegen auf ihrem Stuhl hin- und herrutscht, dabei permanent lächelnd und an ihren Kleidern herumkorrigierend. Dieses Lächeln wirkt anfangs noch scheu und unsicher, bald aber albern, süßlich-höflich, verschroben-freundlich, läppisch, richtungslos, anzüglich-pubertär, distanzlos bis aufdringlich, besonders, wenn Frau Q naiv und plump kokettiert und zu flirten versucht. Ihre Gestik und Mimik erscheinen dann betont maniert und

unnatürlich, wichtigtuerisch, salbungsvoll, und geschraubt ihre Ausdrucksweise. Durch ihre fast lästige Zutraulichkeit verhält sich die Patientin im Gespräch überwiegend aufgeschlossen, kindlich-offen, unkritisch, einfältig und distanzlos. Ihr verworrener Rededrang ist nur schwer lenkbar. Auf direkte Fragen antwortet sie gerne mit Beschwerden und hypochondrischen Klagen.

Das formale Denken der leicht ablenkbaren Patientin ist grob verändert im Sinne von Inkohärenz, Denkentgleisung, paralogischem Denken, Wortvergreifungen und Neologismen (z.B. Herztransfusionen, digitieren statt dirigieren, Krankenfutter). Besonders auffällig ist jedoch ihr haftendes Denken, wobei sie gedanklich immer wieder weit-schweifig, zerfahren und konfabulierend um erotisch gefärbte Inhalte kreist. Diesen liegen phantastische Ideen, die häufig ins Absurde abgleiten, Beeinträchtigungs- und Beeinflussungsideen, Minderwertigkeits- und Lebensunlustgefühle, Verfolgungsideen und zahlreiche körperliche Mißempfindungen zugrunde. Beispielsweise berichtet die Patientin von einem imaginären Chirurgen, "der ihr nachts im Speicher oben Herztransfusionen macht, ihr das Herz herausnimmt und ein anderes einsetzt. Ihr Herz transfundiert er anderen Leuten, ihr Herz wächst jedoch wieder nach". Vom gleichen Chirurgen, den sie als völlig "verkrüppelt" beschreibt, fühlt sie sich dann "vergewaltigt und verkuppelt". "Er digitiert nämlich pro Nacht 500 bis 1000 Männer über sie. Deswegen ist sie das Krankenfutter von Kaufbeuren und Haar und am Morgen so erschlagen und kaputt." Trotzdem beschreibt sie ihn "als Belami und Kavaller, der Vielweiberei betreibt". Sie selbst ist "keine Nutte und will gescchlechtlich nicht ableben". Während Frau Q ihre erotischen Erlebnisse doch pathetisch,

fast geheimnisvoll und gleichzeitig mitleiderregend vorträgt, im Grunde genommen wirkt sie dabei unnatürlich und massiv verschoben - nicht zuletzt wegen des läppisch-sorglosen und läppisch-heiteren Gebarens -, zeigt sie sich bei der Äußerung ihrer zahlreichen als von außen gemacht empfundenen, körperlichen Mißempfindungen affektiv überwiegend teilnahmslos, einförmig und gleichgültig. Ihre affektive Schwingungsfähigkeit ist stark nivelliert. Ebenso die ethische, wenngleich sie "jeden Abend im Neuen Testament und Gesangbuch liest" und sich "ihren Glauben nicht nehmen läßt".

Akustische Halluzinationen gibt Frau Q zu, macht aber nur vage Angaben. Das Therapiepersonal berichtet uns dazu, daß die Patientin häufig dabei beobachtet werde - vor allem, wenn sie sich unbeobachtet fühlt -, wie sie in Selbstgesprächen sich mit imaginären männlichen Kontrahenten unterhalte und diese in ordinärem Jargon beschimpfe, weil diese sie vermutlich sexuell mißbrauchen.

Ihrer Krankheits- und Sozialsituation steht Frau Q, die antriebsarm, initiative- und interessearm - abgesehen von Zigaretten und Kaffee - in den Tag hineinlebt, kritiklos und völlig uneinsichtig und vernunftlos gegenüber. Ihre Zukunftsvorstellungen sind realitätsfremd und sentimental anmutend, wenn sie auf Entlassung pocht und dazu sagt: "Ich möchte im Kreise meiner Lieben mit Familienanschluß leben." Ambivalent dazu jedoch fühlt sie sich von ihren Angehörigen verfolgt und ungerecht behandelt, weil diese sie immer wieder in die Nervenklinik gebracht hätten. Hinzu kommt, daß Frau Q, die nur mit ein bis zwei Mitpatientinnen hin und wieder Kontakt pflegt, auf Vorhalt ihrer zahlreichen wahllosen Männerbekanntschaften, ihres sexuell enthemmten Verhaltens und des gelegentlichen Al-

koholmißbrauchs alles bagatellisiert bzw. verleugnet und keine Selbstverantwortung zeigt.

Bei der psychoexperimentellen Denküberprüfung ist die sonst so interesselose Patientin wider Erwarten fast ehrgeizig darum bemüht, möglichst richtig zu antworten. Sie antwortet kurz und sehr einfach. Dabei zeigt sie Schwächen im analytisch-logischen Denken, erkennt aber im großen und ganzen den Kern der Sache. Grobe syntaktische und grammatikalische Fehlleistungen treten, wie auch im allgemeinen Gespräch, nicht in Erscheinung.

Das aktuelle psychopathologische Zustandsbild der seit dem 18. Lebensjahr erkrankten Patientin wird von folgender Residualsymptomatik bestimmt: adynamie und schwunglose Motorik, Krankheitsuneinsichtigkeit, Kritiklosigkeit, affektive und ethische Nivellierung und Realitätsverlust. Weiterhin fallen besonders formale und inhaltliche Denkstörungen auf, wobei ihr Denken insgesamt verarmt ist. Im Verhalten zeigt sie sich läppisch-heiter, distanzlos und maniert geziert.

Die Krankheit von Frau Q setzte 1950 akut mit einem religiösen Wahn ein. Der Verlauf war chronisch progredient und zeigte immer wieder kurzdauernde und mit den Jahren seltener werdende Remissionen. Es kam insgesamt zu achtzehn stationären Aufnahmen in verschiedene psychiatrische Kliniken. Seit 1977 ist Frau Q ununterbrochen im BKH.

Obig beschriebene Symptomatik war in bezeichnender Weise von Anfang an existent, wobei einzelne Krankheitsmerkmale in ihrer Intensität schwankten, vor allem ihre ängstliche Agitiertheit, die psychomotorische Unruhe, die vereinzelt in Aggressionshandlungen ausartete, und ihre Ei-

genschaft, Personen zu erkennen.

Trotz intensiver Heilbehandlung besteht bis heute ein unverändert schweres Krankheitsbild.

Frau Q ist derzeit stark gefährdet bezüglich einer Verwahrlosung. Sie bedarf deshalb intensiver pflegerischer Nachsorge.

In der Arbeitstherapie kann sie nur zu sehr einfachen Tätigkeiten herangezogen werden, weil sie vor jeder größeren Belastung in Somatisierungsneigung ausweicht.

Frau R, 44 Jahre

Zusammenfassung (08. 07. 1983)

Frau R ist 44 Jahre alt, 165 cm groß und mit ihren 68 kg Körpergewicht von pyknischer Körpergestalt, wobei sie besonders am Abdomen und um die Hüften adipös wirkt. Das grau-melierte Haar, das fransig in die Stirn hängt, ist kurz und ungekämmt. Ihr Gesicht ist rundlich und leicht aufgedunsen, spitz dagegen die Nase und ausgesprochen schmal der Mund. Die trockene, blaß-fahle Haut zeigt nur periorbital Falten. Besonders auffällig sind zwei erbsengroße Warzen auf der rechten Wange und im medialen Augenangulus links; ebenso die durch eine vermehrte BWS-Kyphose bedingte Flexionsstellung des Kopfes.

Das aktuelle psychopathologische Zustandsbild der Patientin wird geprägt durch schwere Kontakt- und Antriebsstörungen mit allgemeiner Energie- und Schwunglosigkeit, durch hochgradigen Autismus, der Frau R scheu und ängstlich reagieren läßt, durch Kritik- und Urteilsunfähigkeit und durch ein ablehnendes und widerstrebendes Kommunikationsverhalten. Nicht weniger auffällig sind die Verschröbenheit im Verhalten, der Realitätsverlust und das teils nivellierte, teils inadäquate Affektverhalten. Zeitweise treten auch akute psychotische Exazerbationen auf, die mit tätlichen Aggressionen einhergehen. Diesen liegt vermutlich eine wahnhafte Motivation zugrunde, die sich in nicht genau ergründbaren akustischen wie auch optischen Halluzinationen darstellt. In vager Ausführung berichtet Frau R z. B. von Stimmen, die sie in der Zeitung lese und mit denen sie sich unterhalte. Zum aktuellen Zustandsbild gehört auch, daß die meistens teilnahmslose und geistig

wenig rege Patientin abgekapselt von ihren Mitpatientinnen und ohne Interesse an ihrer Umgebung bzw. für ihre täglichen Belange völlig gleichgültig in den Tag hineinlebt. Ebenso passiv, aber überraschenderweise relativ freundlich und oberflächlich zugewandt, zeigt sich die mimikverarmte Patientin im Gespräch, in dem keine geordnete Unterhaltung zustande kommt. Das liegt an ihrer starken Einschränkung der Auffassungs- und Konzentrationsfähigkeit sowie an den erheblichen formalen und inhaltlichen Denkstörungen. Diese treten in Erscheinung als Ablenkbarkeit, Perseveration - sie kann vollkommen falsche Angaben unbelehrbar und sinnlos oft wiederholen -, als Denkentgleisung, Kontamination, Gedankenspringen, Denkerfahrenheit und als paranoide Ideen, infolge derer sie häufig zu Personenverkennungen neigt. Ausgehend von der Denküberprüfung muß trotz einiger gedanklich korrekter Leistungen eine Intelligenzschwäche festgestellt werden, was sich auch in ihrer einfachen und mit zahlreichen syntaktischen und semantischen Fehlern behafteten Satzbauweise zeigt, soweit sich dies aus ihrem fast mutistisch anmutenden Antwortverhalten - spontan spricht sie kein Wort - eruieren läßt. Ihre Sprache ist monoton, leise bis hauchend, zuweilen nur murmelnd und höchst undeutlich in der Artikulation. Die Antworten selbst bestehen meist nur aus einem Wort, einem "Ja", einem Kopfnicken oder einem unvollständigen Nachsprechen der Frage.

Aufgrund dieser Symptomatik ist die in ihrer Grundstimmung depressiv wirkende Patientin - das kann auch ihr hin und wieder gezeigtes läppisch-stumpfsinniges und unmotiviertes Lachen nicht vertuschen, welches ihren mürrisch-abweisenden und faden Gesichtsausdruck nur vermeintlich

auflockert - für eine selbständige Lebensführung untauglich, zumal sie in hohem Maße zur Verwahrlosung und zur Medikamentenverweigerung neigt.

Bezüglich der Manieren, die vor allem ihre Psychomotorik betrafen und die Frau R besonders um 1977 herum zeigte, muß gesagt werden, daß diese zur Zeit nicht bzw. nur leicht angedeutet auftreten, und zwar in Form einer bizarren und steifen, fast statuenhaften Sitz- und Körperhaltung.

Die Krankheit der Patientin bestand sicher schon längere Zeit und trat Anfang des Jahres 1964 in ein akutes Stadium, wobei ein Suizidversuch der unmittelbare Anlaß für die Einweisung der Patientin ins BKH war. Hier bestand anfangs ein akut psychotisches Zustandsbild mit Wahnstimmung, Zerrfahrenheit, Negativismus, vorherrschender Gespanntheit, Denkzerrfahrenheit, Mißtrauen, Ambivalenz, Nahrungsverweigerung, Krankheitsuneinsichtigkeit, Kritik- und Urteilsunvermögen, Realitätsverlust, Antriebsminderung und Affektverflachung. Nach Abklingen der akuten psychotischen Symptomatik wurde Frau R Mitte 1964 mit bereits deutlichem Persönlichkeitsverlust aus dem BKH entlassen und befand sich in den Folgejahren in ständiger nervenärztlicher Behandlung. 1974 war wegen eines erneuten akuten schizophrenen Schubes wieder eine stationäre Aufnahme notwendig, die aufgrund des ausgeprägten Schweregrades der Krankheit bis heute andauert.

Im Längsschnitt betrachtet führte der schubweise verlaufende Krankheitsprozeß bei der Patientin, deren Persönlichkeit gravierend verändert ist, zur Chronizität mit obig beschriebener Symptomatik, die eine permanente Unterbringung und Behandlung in einem Nervenkrankenhaus drin-

gend notwendig macht.

In all den Jahren ihres Krankenhausaufenthaltes konnte Frau R in die Arbeitstherapie integriert werden, allerdings mit unterschiedlichem Leistungsvermögen. Zur Zeit leistet Frau R nur wenig Brauchbares.

Frau S, 52 Jahre

Zusammenfassung (22. 07. 1983)

Die vorgealtert wirkende 52-jährige Patientin ist 175 cm groß und mit 85 kg stark übergewichtig, wobei sich die Adipositas gleichmäßig über den gesamten Körper verteilt. Körper- und Kleiderpflege scheinen stark vernachlässigt, was u. a. ihre stark verschmutzte Kleiderschürze, die völlige Zahnlosigkeit und das wild zerzauste Haar belegen helfen. Auffallend derb wirken ihre Gesichtszüge, wozu der vermehrte maskuline Haarwuchs im Gesicht paßt.

Eine Vielfalt von Symptomen charakterisiert das aktuelle psychopathologische Bild der Patientin:

Dabei stehen die starke Antriebsverarmung, die Initiative- und Spontaneitätslosigkeit, ihre durchgehende Gleichgültigkeit, ihr allgemeines Desinteresse, das heißt ihr Interesse ist auf einen exzessiven Konsum von Zigaretten und Bohnenkaffee eingeschränkt, weiterhin ihr Autismus, Mutismus, ihre Sprach- und Bewegungsarmut, die erhebliche Kontaktarmut und die ethische und affektive Abstumpfung im Vordergrund des Krankheitsbildes. Gerade diese Gefühlsnivellierung wird sehr deutlich in ihrer miasmischen Verarmung und in ihrem inadäquaten läppischen Lächeln, das sie sich infolge ihrer Teilnahmslosigkeit und ihrer Gebundenheit regelrecht abringen muß. Diese allgemeine Schwerfälligkeit, die keine Flüssigkeit im Bewegungsablauf entstehen läßt, unterstreichen auch ihre starre und steife Motorik, sowie ihr lebloser und starrer Blick, der einen ablehnenden und gereizten Zug erkennen läßt. Ein geordnetes und sinnvolles Gespräch läßt sich mit Frau S nicht führen, da sie sich Fragen nur gelangweilt

und teilnahmslos anhört, aufgrund ihres Mutismus entweder gar nicht antwortet oder in sehr wortkarger Manier kurze, telegrammstilartige und bruchstückhafte Antworten gibt. Häufig verwendet Frau S aber, die modulationslos vor sich hinlallt bzw. himurmelt - oft läßt sie ihre Stimme auch nur durch ihren halboffenen Mund knarren -, den gleichgültigen Terminus "na, ja", mit dem sie stereotyp alles abtut.

An formalen Denkstörungen - ihr Denken ist insgesamt gesehen stark verarmt und verlangsamt - zeigen sich vor allem eine Denkhemmung, Vorbeireden, eine durch ihre Interesselosigkeit bedingte Konzentrationslosigkeit und deutliche Auffassungsschwierigkeiten. Weiterhin ist ihr kombiniertes, konkretes und abstraktes Denken erheblich eingeschränkt, was dazu führt, daß sie selten den Kern der Sache erkennt. Inhaltliche Denkstörungen, die im Laufe ihres Krankheitsprozesses als akustische Halluzinationen und paranoide Ideen auftraten, lassen sich z. Zt. nicht eruieren bzw. nur vermuten, da Frau S diesbezügliche Vorhalte negiert oder sich in vage Aussagen flüchtet.

Der Krankheitsbeginn der kritiklosen Patientin läßt sich etwa in das Jahr 1946 datieren. Bis zum Auftreten deutlicher Zeichen im Jahre 1948/49 hatte bereits eine schleichende Persönlichkeitsveränderung stattgefunden. Zumindest seit ihrer ersten Aufnahme in die Universitäts - Nervenklinik in München im Jahre 1951 verläuft der Krankheitsprozess chronisch progredient und führte zur heutigen ausgeprägten Persönlichkeitsveränderung.

Die obig beschriebene Symptomatik war im gesamten Verlauf ziemlich konstant, schwankte jedoch zeitweilig in

der Intensität. Dies betrifft besonders die psychotischen Exazerbationen, die in unterschiedlichen Zeitabständen, in wechselhafter Frequenz und Ausprägung auftraten. Die gleiche Feststellung läßt sich auch für ihre Manieren treffen, die sich darin äußerten, daß Frau S in plötzliche Schreikrämpfe verfiel, sich unvermittelt auf den Boden warf und herumwälzte, ein sehr unsauberes und anstößiges, ekelerregendes Gruppenverhalten an den Tag legte, ungeniert sich vor ihren Mitpatienten auszog und hemmungslos masturbierte oder in grotesk steifer Haltung durch die Gegend stolzierte. In letzter Zeit rückten diese beiden Krankheitserscheinungen in den Hintergrund und treten gegenwärtig nicht akut auf.

Dagegen fällt augenblicklich auf, daß die Patientin, die infolge ihrer Krankheitsuneinsichtigkeit ihrem Entlassungswunsch sehr zwiespältig gegenübersteht, an der Arbeitstherapie zwar teilnimmt, aber aufgrund ihrer Antriebsarmut und Interesselosigkeit nichts Produktives leistet.

Hinsichtlich ihrer Körperpflege und Hygiene bedarf sie intensiver pflegerischer Betreuung, da sie binnen kurzer Zeit verwahrlosen würde.

Erwähnt werden sollte auch noch, daß die Mutter der Patientin zeitweise unter starken Depressionen gelitten habe. Nähere Angaben dazu sind jedoch aus der Familienanamnese und Krankenakte nicht entnehmbar.

Frau T, 43 Jahre

Zusammenfassung (09. 07. 1983)

Frau T, 43 Jahre alt, 170 cm groß und adipös, wirkt aufgrund ihrer groben Gesichtszüge, der wild-struppigen Haare, vor allem aber wegen der stark fleckig verschmutzten Kleidung in ihrer Gesamterscheinung wenig gepflegt und vernachlässigt. Dazu paßt, daß die Patientin durch ihre gebückte Oberkörperhaltung und ihre schwerfällige und schiebbende Gangart sowie durch das ausgeprägte Hüftschaukeln beim Gehen auch in ihrer groben Motorik sehr ungeschmeidlich, fast ungelenk erscheint.

Das aktuelle psychopathologische Bild der in ihrer Persönlichkeit wohl schon prämorbid einfach strukturierten Patientin, die in ihrer Grundstimmung fad, freudlos, enttäuscht und mißmutig wirkt, prägen in erster Linie die affektive Nivellierung und Schwingungsunfähigkeit sowie die starke Denkverarmung und das vergrößerte Denken.

Im formalen Gedankengang fallen die geordnete Ideenflucht, das Gedankenspringen, die Denkentgleisungen; die Ablenkbarkeit, bedingt durch die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwäche sowie die Inkohärenz im Sinne eines verschwommenen Denkens auf. Insbesondere die Inkohärenz und das paralogische Denken stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit ihrem nur schwer zu stoppenden Redefluß. Dabei treten neben einzelnen Neologismen und Umdeutungen des Wortsinnes zahlreiche grammatikalische und syntaktische Fehlleistungen in Erscheinung.

Frau T, die vergangene Ereignisse in der Zeit nicht in die richtige Beziehung zueinander setzt, wirkt im Gespräch

insgesamt gesehen freundlich, höflich und aufgeschlossen. Allerdings hat man als Gesprächspartner das Empfinden, daß ihre positive Gesprächseinstellung nicht natürlichen Ursprungs ist, vor allem deshalb, weil sie von einem hilflosen, ratsuchenden, gleichgültigen wie auch antriebslosen Eindruck, den sie prima vista auf den Beobachter macht, sehr schnell in ein zugewandtes Verhalten umschalten kann. Für diese noch gut funktionierende Anpassungsfähigkeit spricht auch, daß sich Frau T, trotz ihres emotional starren und nivellierten Verhaltens - darüber können auch ihr Schamgefühl, das sie bei intimeren Fragen zeigt, indem sie in vermehrte Expressivbewegungen ausbricht, und ihr Lachen, das zwischen läppisch-sorglos und distanzlos hin- und hertendierte, nicht hinwegtäuschen - scheinbar wohl in der Stationsgemeinschaft fühlt und sich relativ gut einfügt, obwohl eine Neigung zu autistischem Rückzug besteht.

Ihre hin und wieder vorgebrachten Unzufriedenheitsäußerungen, beispielsweise, daß "sie auf Station schon häufig bestohlen wurde" oder "sie hier im BKH streng behandelt wird", beruhen unter anderem auf ihrem querulatorischen Wesenszug. Dieser klingt auch durch, wenn sie enttäuscht von ihrem Leben, vor allem aber von den Männern und insbesondere von ihrem Ehemann erzählt. Ein zweiter und der vermutlich dominierende Grund für ihre Klagsamkeit ist ihre immer wieder auftauchende, produktiv-psychotische Wahnsymptomatik, die im Laufe der Krankheit in Form von beschimpfenden und imperativen Männerstimmen, von Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, von hypochondrischen Halluzinationen, von Erklärungsideen, von lebensbedrohenden Befürchtungen, von Personenverkennungen und auch als optische Halluzinationen in Erscheinung getreten sind.

Auffallend in ihrem Krankheitsbild ist, daß Frau T, vor allem wenn sie emotional unter Druck gerät, z. B. wenn sie Angst vor einer Veränderung hat, wenn die Möglichkeit einer Heimverlegung oder einer Entlassung besteht, der sie höchst zwiespältig gegenübersteht, ihre Angst und Unsicherheit ins Körperliche verschiebt und dann über diverse somatische Beschwerden klagt. Die gleiche somatisierende und zugleich eine phantasierende Reaktion zeigt Frau T, die in ihrer Urteils- und Kritikfähigkeit stark eingeschränkt ist, wenn man sie mit ihrer Vorstellung konfrontiert, ein Leben in Eigenverantwortlichkeit zu führen.

Zur aktuellen Symptomatik zählen fernerhin ein zwischen inadäquat heiter und distanzlos und depressiv-ängstlich wechselnder Affekt, eine Verwahrlosungstendenz bezüglich der täglichen Verrichtungen wie Körperhygiene, Kleiderwechsel und Medikamenteneinnahme sowie eine insgesamt verarmte Gestik, die sich vor allem im Gespräch auf stereotypische Wischbewegungen mit den Händen übers Gesicht und ein stereotypes Nesteln an der Handtasche beschränkt.

Die Krankheit der Patientin brach vermutlich 1960/61 - die sozialen Verhältnisse sollen zu dieser Zeit nicht günstig gewesen sein - aus und machte damals auch ihren ersten stationären Aufenthalt in der Universitäts-Nervenklinik München notwendig. Schubweise, dies dokumentieren die relativ schnellen Remissionen ihrer BKH-Aufenthalte, führte die Krankheit zum heutigen Persönlichkeitsdefekt mit obig beschriebener Residualsymptomatik, wobei bei den einzelnen Schüben die produktiv-paranoid-halluzinatorischen Symptome nicht immer gleich stark ausgeprägt waren. Typisch für den Krankheitsverlauf der insgesamt

verschoben wirkenden Frau T war außerdem, daß das psychische Befinden besonders in den Jahren 1979 bis 1981 stärkeren Schwankungen unterworfen war, wobei es in unterschiedlichen Zeitabständen zu schweren psychotischen Exacerbationen mit erheblicher psychomotorischer Unruhe und Getriebenheit, wahnhaften Erregungszuständen, ausgeprägt paranoiden Reaktionen, gedanklicher Zerfahrenheit und depressiver Verstimmung kam. Zur Zeit sind derartige Zustände nicht existent.

Arbeitstherapeutisch ist Frau T zwar integriert, ihre Leistungen sind aber aufgrund ihrer Interesselosigkeit bescheiden.

Frau U, 58 Jahre

Zusammenfassung (27. 07. 1983)

Die jünger als 58 alt wirkende Patientin ist 175 cm groß und wiegt 80 kg. Sie ist von pyknischem Habitus. Das äußere Erscheinungsbild wirkt ungepflegt und vernachlässigt, bedingt durch die vielen fleckigen Schmutzreste auf Bluse und Rock und die unkorrekte und schlampige Kleiderordnung. Das strähnige, schwarze Haar glänzt fettig und hängt unordentlich beidseits temporal herunter. Der Mittelscheitel ist nur angedeutet erkennbar. Frau U hat eine insgesamt seborrhoeische Haut, die nahezu faltenfrei ist. Unter einer auffallend hohen Stirn liegen, überdacht von bauschigen Augenbrauen, die tief eingebetteten und von dunklen Schatten umgebenen Augen, die Freudlosigkeit und Grimmigkeit zum Ausdruck bringen. Die breiten, aufgetriebenen Lippen wie auch die klobige Nase - beide stehen in Relation zum breiten, fast quadratischen Kopf und dem nicht weniger breiten Hals - prägen Frau U's plump erscheinende Gesichtszüge.

Aufgrund ihrer extrem starken Antriebsstörung - diese macht sich besonders im hygienischen Bereich bemerkbar und erfordert eine konsequente pflegerische Nachsorge, ohne die die Patientin restlos verwahrlosen würde - sitzt Frau U völlig lahm, matt und unbeteiligt-stumpf herum. Meist trifft man sie mit mürrisch-starrem Blick und mutistisch vor sich hinbrütend in einer Zimmerecke an. Autistisch-abgekapselt hält sie mit niemandem Kontakt und sucht auch keine Kommunikation. Vorgänge um sie herum scheinen sie nicht im geringsten zu berühren. Zu diesem mürrisch-ablehnenden Verhalten paßt der ausdrucks-

lose, versteinerte Blick, der nur selten einem steif-freundlichen, läppisch-verschrobenen und zwanghaften, nichtssagenden Lächeln weicht. Mitunter wirkt der auffällige schlaaffe Gesichtsausdruck aber auch resigniert, fast depressiv, was durchaus Frau U's Stimmung widerspiegelt. Fast nie zeigt sie sich ausgeglichen und zufrieden, sondern meist freudlos, unlustig mit einem Zug von Mißmut und Gespanntheit bei an sich ausgeprägtem sorglosen Verhalten. Ein innerlicher Kontakt ist mit der Patientin, deren Mienenspiel steif und undurchdringlich, fremdartig wirkt - affektadäquate mimische und gestische Reaktionen konnten wir während unseres Beobachtungszeitraumes nie feststellen - , nicht herstellbar.

Ebensowenig kommt mit der zu Negativismus und Mutismus neigenden Patientin ein Gespräch zustande. Spontan spricht Frau U kein Wort und auf insistierendes Fragen antwortet sie überwiegend mit einem ausweichenden Schulterzucken, einem desinteressierten und abweisenden "Weiß nicht" oder einem fragend-erstaunten und leeren Blick. Antwortet sie tatsächlich einmal, dann kurz, telegrammstilartig und häufig zusammenhanglos. Die bruchstückhafte und syntaktisch und grammatikalisch fehlerhafte Ausdrucksweise hängt in erheblichem Maße mit ihren schlechten Deutschkenntnissen und Verständigungsproblemen zusammen. Diese freilich treten dann nicht so ausgeprägt in Erscheinung, wenn von Frau U's Eltern die Rede ist, die ihr einziges Interesse noch zu sein scheinen. Frau U spricht dann freier, jedoch sehr leise, kindlich, modulationslos und mit wenig affektivem Nachdruck.

Affektiv, wie auch in ihrer gesamten Motorik, ist die Patientin stark verarmt. Lediglich in Verstimmungszuständen, die laut Pflegepersonal derzeit nur selten auftreten,

läßt sich bei Frau U eine Affektivität in Form von Ge-
reiztheit feststellen, die mitunter in tätliche Aggres-
sionen ausarten kann. Das Nesteln, ebenso wie die wäl-
zenden Mundbewegungen beim Sprechen und die ausgepräg-
te Kußmundstellung sind vermutlich spätdyskinetische
Erscheinungen.

Ihrer Krankheit und sozialen Situation steht die Patien-
tin kritik- und urteilsunfähig gegenüber. Dem immer wie-
der geäußerten Entlassungswunsch nach Hause, der mehr
als manierierte Betätigung denn als sinnvolles Handeln
erscheint, liegen keine realistischen Perspektiven zu-
grunde. Ambivalent auch die Beurteilung ihres BKH-Da-
seins, das sie einmal mit Gefallen toleriert, ein ander-
mal aber moniert, weil "im BKH nur alte Frauen sind".

Die Denküberprüfung, die Frau U völlig teilnahmslos und
gleichgültig über sich ergehen läßt - viele Fragen be-
antwortet sie überhaupt nicht -, deckt doch recht deut-
lich ihre formalen Denkstörungen auf, die sich insbeson-
dere als Denkhemmung bzw. massiv verlangsamtes Denken ma-
nifestieren. Insgesamt muß man ihr Denken als stark ver-
armt charakterisieren.

Inhaltliche Denkstörungen dagegen lassen sich bei Frau U,
die Wahnideen negiert, aber von nicht hinterfragbaren frü-
heren Stimmen berichtet - über aktuelle Stimmen gibt
Frau U nur sehr vage Auskunft -, derzeit nicht eindeutig
nachweisen. Sie müssen aber angenommen werden, berück-
sichtigt man ihre Aussage, daß "ihre Eltern nicht ster-
ben und wir alle ewig leben". Auch die Selbstgespräche,
begleitet von Gestikulationen, und ängstlich geäußerte,
unklare Verfolgungsideen und Beeinträchtigungserlebnisse,
von denen das Pflegepersonal zu berichten weiß, sind ein

Indiz für bestehende inhaltliche Denkstörungen. Bei Frau U selbst jedoch besteht kein Zugang zu psychotischen Erlebnissen.

Die endogene Psychose der Patientin setzte im Frühjahr 1946 ein. Frau U war gerade 21 Jahre alt. Sie weinte damals grundlos viel, mied jedes Vergnügen, isolierte sich, wurde oft sehr reizbar und bei solchen Gelegenheiten in Wort und Tat ausfallend gegen die Angehörigen. Frau U, die zu dieser Zeit auch zwischendurch von zu Hause weg-lief, erklärte schließlich ihr eigenartiges Verhalten damit, daß sie unter einer unheimlichen Angst leide und daß sie vermute, man wolle sie vergiften. Auch äußerte sie Beeinträchtigungserlebnisse, klagte über Stimmen, hypochondrische Beschwerden und Hypnotisierungsgefühle. Alle diese psychotischen Erlebnisse wertete sie schließlich als Zeichen dafür, daß sie bald sterben müsse. Notwendigerweise kam es Ende 1946 zur ersten stationären Behandlung. Seither befindet sich Frau U ununterbrochen in verschiedenen Nervenkliniken, davon seit 1951 im BKH Haar.

Bereits zum Zeitpunkt des Krankheitsbeginnes, v. a. aber in den ersten Jahren, waren charakteristische Symptome feststellbar: halluzinatorische Beeinflussung auf verschiedenen Sinnesgebieten, Entfremdungserlebnisse, Beziehungs-, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen - diese besonders während akuter Verstimmungs- und Erregungszustände - sowie aufgrund der ungenügenden Kenntnisse der deutschen Sprache stets schwer beurteilbare formale Denkstörungen. Diese Symptome, wie auch die im weiteren Verlauf der Krankheit immer mehr in den Vordergrund tretenden Merkmale wie Affektnivellierung, Antriebs- und Teilnahmslosigkeit, allgemeines Desinteresse - ins-

besondere in der Körperpflege -, Autismus, Kontaktarmut, Krankheitsuneinsichtigkeit, Ambivalenz, Kritik- und Urteilsunfähigkeit gegenüber ihrer Krankheits- und sozialen Situation sowie das mißtrauisch-abweisende und mitunter läppisch-verschrobene Verhalten der Patientin hatten bereits 1961 trotz aller therapeutischen Maßnahmen zur schweren Persönlichkeitsveränderung geführt. Diese blieb bis in die Gegenwart konstant bestehen. Der Krankheitsverlauf ist im Längsschnitt gesehen chronisch progredient.

Im Verlauf selbst traten immer wieder in unterschiedlichen Zeitabständen und wechselnder Frequenz akut psychotische Exazerbationen auf, in denen Frau U Mitpatientinnen verkannte, diese auch angriff und sogar verletzte oder heftig ihre Umgebung in ordinärer Weise beschimpfte. Derartige Erregungszustände, in denen die sonst arbeits-therapeutisch doch integrierbare Patientin stur jegliche Tätigkeit verweigerte, nahmen seit Beginn der Krankheit allmählich ab und treten augenblicklich kaum auf. Zur Zeit nimmt Frau U zwar regelmäßig an der Arbeitstherapie teil, leistet dort aber auch unter ständiger Anleitung nur wenig Produktives.

Frau V, 56 Jahre

Zusammenfassung (30. 07. 1983)

Die vorgealtert wirkende 56-jährige Patientin ist nur 155 cm groß und mit 75 kg Körpergewicht stark Übergewichtig, was sich besonders als Stammfettsucht zeigt. Das äußere Erscheinungsbild ist ungepflegt. Frau V trägt ein ärmelfreies dunkles Kleid, das unvollständig und unkorrekt zugeknöpft und stark fleckig verschmutzt ist. Ihr graumeliertes, sehr liches Haar glänzt fettig und ist völlig zerzaust. Frau V's Kopf ähnelt durch die breite, hohe Stirn und einem auffallend spitzen Kinn einem auf die Spitze gestellten Dreieck. Die Gesichtszüge wirken eckig, bedingt durch nur schlitzförmig geöffnete Augen, die spitze, aber breitbasige Nase, hervorstehende Jochbeine und eingefallene Wangen sowie durch schmale Lippen und den spitzen, zahnlosen Mund. Breit dagegen ist der Hals mit einer großen Struma diffusa. Die Gesichtshaut ist rosig und zeigt nur unter den Augen und im Oberlippenbereich Falten, wo gleichzeitig ein verstärkter Haarwuchs erkennbar ist.

Die Patientin, die wir im Waschsaal der Station antreffen, wo sie zwanghaft Gesicht und Hände wäscht, was bereits zu mazerierter Haut und entzündlich-geröteten Augen geführt hat, fällt besonders durch die zahlreichen bizarren manierten Bewegungen des Gesichts und der Hände auf, die einzeln wie auch ineinander vermischt, jedoch stereotyp und fast iterierend ablaufen. So hat Frau V ihre Hände zur Faust geballt und im Schoß liegen. Von hier aus klopfte sie sich abwechselnd auf die Oberschenkel, streifte sich ruckartig mit der linken Faust übers Haar oder wischt sich

fahrig durchs Gesicht. Ihren Kopf wirft sie ständig unruhig hin und her, streckt ihn krampfhaft nach vorn oder preßt ihn angestrengt auf die Brust. Dazu gesellt sich die lebhafteste Gesichtsmotorik: Frau V kneift die Augen zu, reißt sie wieder auf, legt ihre Stirn in Runzeln, verzerrt die Mundwinkel, zuckt zwischendurch, führt andauernd kreisende Unterkiefer- und wälzende Zungenbewegungen aus, rümpft die Nase, blinzelt oder schneidet sonstige Grimassen. Alle diese Bewegungen laufen auffallend verzerrt, eckig und abgehackt ab, was einer ausgeprägten parakinetischen Bewegungsunruhe gleichkommt. Ansonsten wirkt sie in ihrem Bewegungsumfang eher verarmt. Während der Exploration beispielsweise sitzt sie mit nach vorn gebeugtem Oberkörper und fixierten Beinen wie festgewurzelt und unbeweglich-starr auf ihrem Stuhl. Gleichzeitig sind von Frau V ständig stöhnende Begleitlaute zu hören.

Mit der Patientin, die sich die meiste Zeit zurückgezogen, still, autistisch, allgemein desinteressiert, antriebslahm, initiativlos und auf Anrede überwiegend ablehnend-negativistisch verhält, spontan äußert sie sich sehr selten, ist eine Interaktion nur dann möglich, wenn man auf sie aktiv zugeht und sie aus ihrer Isolation herauszulösen versucht. Ein geordnetes Gespräch kommt aber auch dann nicht zustande, weil Frau V einsilbig - oft nur mit einem langgezogenen "Ja" oder "Nein" -, bruchstückhaft und telegrammstilartig antwortet. Vor allem aber ist sie in ihren sprachlichen Äußerungen fast nicht verständlich, da sie modulations- und artikulationslos entweder nur schnalzende oder grunzende Laute und Silben ausstößt oder einzelne Worte bzw. Wortketten krampfhaft durch zusammengepreßte Lippen nuschelt und murmelt. Dabei treten zahlreiche grammatikalische und syn-

taktische Fehler auf. Viele ihrer Aussagen sind häufig nur ein unartikulierte Sprachgeräusch und lassen sich deshalb nur erraten bzw. erraten. Direkte anamnestiche und biographische Fragen beantwortet Frau V prinzipiell nicht.

Eine Unterhaltung erschweren aber auch Frau V's formale Denkstörungen, die sich als verschwommenes bis zerfahrenes Denken, als Ideenflüchtigkeit und Inkohärenz, Vorbeireden, Ablenkbarkeit, Neigung, assoziativ zu antworten, und als haftendes Denken zeigen. Gleichzeitig wirkt Frau V, die aufgrund ihrer Urteils- und Kritikunfähigkeit keine Einsicht für ihre Krankheits- und soziale Situation aufbringt, in ihren Äußerungen häufig unschlüssig und widersprüchlich.

Die inhaltlichen Denkstörungen manifestieren sich als Beeinträchtigungs- und Beziehungsideen, die ein imaginärer Mann namens Häusler verursacht, und auf den auch akustische, optische und hypochondrische Halluzinationen zurückzuführen sind.

Schwer zu beurteilen ist der Affekt der Patientin, da gestische und mimische Reaktionen wie auch die Augensprache fast ausschließlich in einer parakinetischen Bewegungsunruhe aufgehen. Dennoch macht Frau V, die zwischendurch immer wieder inadäquat läppisch-sorglos und verschroben lächelt, insgesamt einen affektiv nivellierten Eindruck.

Sorglos zufrieden wirkt Frau V auch in ihrer Stimmung. Doch kommen, so ist vom Pflegepersonal zu erfahren, auch dysphorisch-gereizte Verstimmungszustände - dazu paßt der immer wieder auftretende grimmige Gesichtsausdruck - episodisch vor, in denen sich die Patientin insbesondere unruhig und laut benimmt.

Das Denken der Patientin, die örtlich und zeitlich ausreichend orientiert ist, einfache Rechenaufgaben gut löst, bei Textaufgaben aber völlig versagt, ist einfach strukturiert und stark verarmt. Besonders auffällig ihre stark wechselnden Leistungen bei der psychoexperimentellen Denküberprüfung. Beispielgebend sei hier ihre Leistung bei den Unterschiedsfragen im Rahmen der Denkprüfung erwähnt. So erkennt Frau V, die auch im allgemeinen Explorationsgespräch in der Gedankenführung intermittierend immer wieder entgleist, zwar im Ansatz häufig den Kern der Sache, verliert dann aber den Faden und spricht kurzschlüssig und zusammenhanglos drauflos.

Die Krankheit der Frau V setzte um 1949 ein. Die damals 22-jährige Patientin sei verändert und zunehmend interesselos gewesen, habe in der Schule versagt und sei meist teilnahmslos, antriebsarm und läppisch-grinsend im Bett gelegen, habe aber auch mitunter erregte und aggressive Verstimmungsspitzen geboten. Bei ihrer ersten Aufnahme in die Universitäts-Nervenklinik München (1950) verhielt sie sich darüberhinaus kommunikationsunfähig, autistisch, ablehnend-negativistisch und außerordentlich unsauber, wobei sie mehrmals am Tag ihr Bett mit Kot und Urin beschmutzte.

An diesem Zustandsbild änderte sich auch während der weiteren fünf BKH-Aufenthalte (1950 - 1959, 1960, 1961, 1965) nichts gravierendes. Die Verlaufsberichte gaben außerdem immer wieder an: Patientin beugt sich in vertrackter Stellung über den Bettrand hinaus, muß gefüttert werden, verhält sich völlig unselbständig, plump und schwerfällig, ist ausgeprägt kontaktarm, benimmt sich beziehungslos, läppisch-kindisch, brütet vor sich hin, ist

nicht in die Arbeitstherapie integrierbar, spricht nichts, kauert regungslos stumpfen Blickes in einer Ecke, spielt dabei stereotyp mit den Händen und grimassiert, murmelt unverständliches vor sich hin, widersetzt sich den Anordnungen des Pflegepersonals und stört den Stationsfrieden, wirkt desorientiert, ist exzessiv unsauber, muß angezogen und gewaschen werden, führt murmelnde Selbstgespräche, ist unruhig und laut und muß deshalb isoliert werden, spricht krächzend, bruchstückhaft und telegrammstilartig, äußert wahnhaftige Gedanken usw. . Eine kontinuierliche Therapie konnte in all den Jahren bis 1967 nicht durchgeführt werden, da die uneinsichtigen Eltern der Frau V immer wieder Entlassungen erwirkten.

Seit 1967 befindet sich Frau V bis heute ununterbrochen im BKH. Spätestens seit diesem Zeitpunkt besteht ein konstantes Zustandsbild mit der Symptomatik, wie sie der aktuelle Untersuchungsbefund schildert und die zu einem massiven Persönlichkeitszerfall der Patientin geführt hat.

Im Längsschnitt gesehen brach die Krankheit akut aus (1949) und zeigte von Beginn an bis heute einen chronisch progredienten Verlauf.

Zu einer selbständigen Lebensführung ist Frau V nicht in der Lage. Nach wie vor muß sie sowohl medikamentös und verhaltenstherapeutisch als auch pflegerisch intensivst betreut werden, wenngleich sie sich in hygienischer Hinsicht gegenwärtig einigermaßen lenkbar verhält.

Um ihre Einsatzbereitschaft und Integrierbarkeit an der Arbeitstherapie ist es seit Ausbruch der Krankheit schlecht bestellt. Erst seit 1974, bis dahin war sie seit 1950 nur Ende 1958/Anfang 1959 einmal kurzfristig ein-

setzbar, nimmt Frau V mit sehr schwankenden Leistungen und unregelmäßig an der Arbeitstherapie teil, wo sie meist nur unter permanenter Anleitung Brauchbares zu leisten vermag. Zur Zeit beteiligt sie sich an der haus-internen Arbeitstherapie.

Patientin W, 47 Jahre

Zusammenfassung (26. 07. 1983)

Die vorgealtert erscheinende 47 Jahre alte Patientin ist 165 cm groß und mit 78 kg stark Übergewichtig - entsprechend untersetzt ist die Körpergestalt -, wobei sich die Adipositas fast gleichmäßig über den ganzen Körper verteilt. Das äußere Erscheinungsbild wirkt stark vernachlässigt und ungepflegt.

Wortlos vor sich hinsinnierend zieht sie mit kramphaft zwischen die Schultern gezogenem Kopf und starr nach dorsal gekipptem Oberkörper auf der Station ihre Kreise. Ihr Gang ist dabei werfend, klein und breit die Schritte. Ungelenk, gebunden-starr und adynam wirkt Frau W, die bei der Untersuchung der Motorik angedeutet Haltungsverharren und Befehlsautomatie zeigt, in ihrer Körperhaltung und ihrem gesamten Bewegungsablauf.

Frau W fällt besonders durch ein mürrisches, unfreundliches und schwer zugängliches Verhalten auf. Die autistisch-unfrohe Patientin lebt unbeteiligt vor sich hin, ohne von sich aus mit den anderen Patientinnen und dem therapeutischen Personal Kontakt aufzunehmen. Dazu paßt der verbitterte, unbewegliche Blick, der ihrem Gesicht einen undurchdringlichen und maskenhaften Ausdruck verleiht.

Zum aktuellen psychopathologischen Zustandsbild der Patientin zählen weiterhin auch eine allgemeine Interesselosigkeit, Gleichgültigkeit und ihre massive Antriebslosigkeit. Letztere hat ihrerseits bereits zu einer gravierenden Affektnivellierung geführt, was auch die grobe Ausdrucksweise von Frau W belegt. Abgesehen von einem

inadäquaten, unmotiviert und eingefroren wirkenden Lächeln, ist Frau W in ihren mimischen und gestischen Reaktionen stark verarmt. Ihre gesamte Psychomotorik wirkt steif und gebunden. Ebenso verhält sich die Patientin auch im Gespräch, in dem sie den direkten Blickkontakt meidet. Unfreundlich, manchmal negierend, antwortet Frau W, die spontan fast kein Wort spricht, meist nur bruchstückhaft und sehr kurz im Telegrammstil mit monotoner und modulationsloser Stimme. Dabei hyperventiliert sie und wippt iterierend mit dem Oberkörper. Derartige Expressivbewegungen und ihr moroses Verhalten sind Ausdruck ihrer gereizten und dysphorischen Grundstimmung.

Im Gespräch - eine Unterhaltung kommt mit ihr nicht zustande - fällt weiterhin die Kurzschlüssigkeit des Antwortverhaltens auf. So redet die Patientin, die nur eingeschränkt Zeitangaben, aber keine Ortsangaben machen kann, häufig unüberlegt und zusammenhangslos drauflos, weicht dadurch vom Sinn und Ziel der Frage ab und wirkt alogisch. In diesem Zusammenhang muß man darauf hinweisen, daß die Richtigkeit ihrer Antworten in besonderem Maße von ihrer Antwortbereitschaft abhängig ist.

Darüberhinaus zeigt Frau W, bei der zahlreiche syntaktische und grammatikalische Fehlleistungen feststellbar sind, erhebliche inhaltliche und formale Denkstörungen. Letztere treten in Form von Klangassoziationen (Feld-Pferd), Neologismen (Speizsamkeit, aus Geiz und Sparsamkeit), besonders aber als vager bis höchst zerfahrener Gedankengang in Erscheinung. Manchmal vermag Frau W, die aufgrund ihrer murmelnden und nuschelnden Sprache Schwierigkeiten in der Artikulation hat, lediglich unsere Frage in echolalischer Manier nachzusprechen. Auf die inhaltlichen Denk-

störungen der Patientin, die in ihrem analytisch-logischen und kombinatorischen Denken massiv gestört ist, weisen die absurden Ideen hin, um die ihr Denken und Reden immer wieder kreisen. Beispielsweise verspüre sie "Ratten, Hasen und Flöhe im Bauch, die unten durch das Geschlecht beim Schlafen 'reingekommen sind und die nur Äpfel fressen, die sie zuerst selbst essen müsse". Neben diesen hypochondrischen Halluzinationen klagt Frau W auch über Männerstimmen, die wir inhaltlich jedoch nicht näher eruieren können.

Die Krankheit der Frau W begann vor circa 20 Jahren. Der Verlauf gestaltete sich chronisch progredient und führte letztlich zum massiven Persönlichkeitsverlust mit obig beschriebener Symptomatik. Dieses Symptomenbild blieb, abgesehen von einigen Schwankungen in der Ausprägung einzelner Merkmale, die ganzen zwanzig Jahre hindurch nahezu konstant.

Angesichts dieses psychopathologischen Bildes, der großen Verwahrlosungsneigung sowie der Notwendigkeit einer sorgfältigen pflegerischen Überwachung und Betreuung der völlig kritik- und urteilsunfähigen und krankheitsuneinsichtigen Patientin ist eine selbständige Lebensführung zur Zeit nicht vorstellbar.

Zu einer Arbeitstherapie ist Frau W nicht zu bewegen. Vielmehr hält sie sich den ganzen Tag untätig auf der Station auf.

Frau X, 46 Jahre

Zusammenfassung (12. 07. 1983)

Die 46-jährige Patientin ist ca. 165 cm groß, untersetzt und mit 75 kg übergewichtig, wobei sich die Adipositas gleichmäßig über den ganzen Körper verteilt. Ihr kräftiges, braun-meliertes Haar, das einzelne graue Strähnen zeigt, trägt sie nur frontal rechts gescheitelt, ansonsten streng zurückgekämmt. Ihre Stirn ist hoch und breit, die Gesichtshaut rosig, fettig-glänzend und im Wangenbereich faltig. Aus der rundlichen Gesichtsform stechen die bauschigen und nach lateral lichter werdenden Augenbrauen, der breite Mund und die breiten Lippen hervor. Der dick und unkorrekt aufgetragene, rot-violette Lippenstift färbt gleichzeitig die oberen Frontzähne. Abgesehen davon fallen in ihrem Gebiß die breiten Zahnzwischenräume und eine Spange im rechten Oberkiefer auf. Das linke Ohr läppchen ziert ein Ring. Gekleidet ist Frau X, von deren Fingernägeln der Lack bröckelt, mit einem dunklen, fleckig-verschmutzten Kleid mit bauschig hervorstehenden Taschen. Dies rührt daher, daß Frau X gleichsam einer Mäner verschmutzte Unterwäsche, Nahrungsmittel, alte Lippenstifte oder anderen Unrat sammelt, diesen in ihren Kleidertaschen, in der Handtasche, aber auch im Kleidausschnitt und sogar im Büstenhalter mit sich herumträgt und später in ihrem Schrank und Nachttisch deponiert. Aufgrund dieser Unsauberkeit, aber auch wegen ihrer vernachlässigten Körperpflege, wirkt Frau X in ihrem äußeren Erscheinungsbild ungeordnet und wenig gepflegt, worüber auch eine zwischendurch zur Schau gestellte "gute Fassade" nicht hinwegtäuschen kann.

Das aktuelle psychopathologische Zustandsbild der Patientin ist durch einen starken Persönlichkeitsverlust gekennzeichnet: Frau X sitzt zur Zeit tagsüber meistens autistisch, desinteressiert, schwung- und energielos auf der Station herum. Sie muß zu allen Tätigkeiten, vornehmlich zur Körperpflege, angehalten werden. Zwischendurch arbeitet sie im Stationshaushalt mit oder nimmt kurzzeitig an einer einfachen, hausinternen Arbeitstherapie teil. Hier wie dort erbringt sie nur dürftige Leistungen und ermüdet sehr schnell infolge ihrer Initiativlosigkeit, Gleichgültigkeit, aber auch Freudlosigkeit.

Grundsätzlich ist die Patientin, die in ihrer Motorik adynam, steif-hölzern, insgesamt lahm und phlegmatisch wirkt, moros, unzufrieden und dysphorisch verstimmt. Diese bedrückte Stimmung wandelt sich intermittierend immer wieder in eine läppisch-verschrobene Euphorie um, was sich dann in einer unangemessenen Heiterkeit, Unbekümmertheit und einem hilf- und richtungslosen, unnatürlichen, stumpf-sorglosen Lächeln äußert. Ihr ablehnendes, kontaktarmes und drohend-gespanntes Verhalten, das zwischendurch in einen Verstimmungszustand ausbrechen kann, wird dadurch allerdings nur wenig beeinflußt und ist permanent spürbar. Dementsprechend ist die mimik- und gestikarme Frau X, deren Miene leer und wenig bewegt, der Blick verschleiert, leblos und ratlos-gespannt ist, im Interaktionsverhalten vorsichtig und mißtrauisch-zaghaft.

Ein Gespräch mit ihr ist nur möglich, wenn man auf sie aktiv zugeht. Sie kann dann sogar einen regelrechten Rededrang entwickeln, besonders dann, wenn die Patientin in querulatorischer Manier - ein bei ihr dominierender Wesenszug - über ihren Aufenthalt im BKH oder über die pflegerische Betreuung spricht. Ihre Sprache - sie spricht ba-

dischen Dialekt -, begleitet von wälzenden Sprechbewegungen, ist nuschelnd und schlampig artikuliert, die Ausdrucksweise monoton, modulationslos, klebrig und verhangen. Auch sind zahlreiche syntaktische und grammatikalische Fehlleistungen festzustellen. Im Gespräch selbst verhält sich Frau X, die verbal suggestibel ist, nichtssagend steif-freundlich und mitunter inadäquat läppisch-euphorisch. Ihrem Sprechen und Klagen, aber auch dem Lob ihrer eigenen Person - sie selbst erklärt sich für ordentlich, sauber, fügsam, fleißig usw. - fehlt insgesamt der entsprechende affektive Nachdruck. Ebenso emotionslos wie kritik- und urteilsunfähig äußert sie stereotyp ihren Entlassungswunsch. Ihre Erkrankung wie auch ihre soziale- und Zukunftssituation will sie nicht wahrhaben und neigt zum Dissimulieren und Rationalisieren, wodurch sie undurchsichtig wirkt und schlecht einzuschätzen ist, z.B. auch bezüglich ihrer Suizidalität.

Formal ist das Denken von Frau X verändert im Sinne von Danebenreden, einer Denkhemmung - die Patientin hat große Mühe, Gedanken fließend aneinanderzureihen -, von Denkverschwommenheit und haftendem Denken (Entlassungswunsch) sowie Gedankenentgleisung und Gedankenspringen, die zusammen die Paralogie ihres Denkens bedingen. Inhaltliche Störungen können wir derzeit nicht feststellen. Insgesamt ist das Denken der Patientin einförmig, vergrößert und verarmt, was die Patientin selbst auf die Medikamente zurückführt.

Die Krankheit der Patientin setzte im 25. Lebensjahr (1962) ein und führte parallel mit einem sichtbaren sozialen Abstieg chronisch progredient zum heute bestehenden Residualsyndrom. Dabei war der Krankheitsbeginn

schleichend. Zunächst bot Frau X, die in ihrer Stimmungslage zwischen steif-freundlich und mürrisch schwankte, lediglich abnorme Reaktionen im Sinne von Randalieren und Suizidabsichten, was sie bei ihrer ersten stationären Behandlung schnippisch-abweisend bestritt. Im Rahmen des zweiten stationären Aufenthalts (1963) zeigten sich außerdem akut psychotische Symptome wie Halluzinationen und Wahnideen. Im Anschluß an diesen Aufenthalt ging Frau X wieder einer regelmäßigen Beschäftigung nach und wurde im Januar 1975 erneut eingewiesen. Sie litt unter größten Angstzuständen, sprach nichts mehr und vermutete überall den Teufel. Im Verhalten war sie autistisch, emotional stumpf und massiv gesperrt.

Spätestens seit Juni 1975, seither befindet sich Frau X ununterbrochen im BKH, besteht ein nahezu unverändertes Krankheitsbild mit obig beschriebener Symptomatik, die allerdings in der Intensität schwankte. So traten beispielsweise Wahnideen und Halluzinationen nur episodisch faßbar in Erscheinung.

Typisch für den Verlauf war, daß es bei Frau X, die mehrmals entwich, immer wieder in unregelmäßigen Zeitabständen zu akuten, psychotischen Schüben substuporöser Prägung mit starker Angst, Ratlosigkeit, Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Sprechhemmung und ausgeprägter vegetativer Symptomatik kam. Auch darauffolgende Erregungszustände mit ausgesprochener Wahnstimmung, Gespanntheit und Verbalinjurien gegen die Umgebung einerseits und ernsthaften Suizidandrohungen andererseits waren nicht selten zu beobachten. Außerdem zeigte Frau X in den letzten zwei Jahren ohne konsequente Kontrolle eine beträchtliche Alkoholaffinität und rauchte Kette, wobei sie mit Feuer unachtsam umging. Dabei brannte sie schon Matratze, Mobiliar etc. an.

Da Frau X derzeit in erheblichem Maße zur Verwahrlosung (u. a. Vernachlässigung der Körperpflege, Horten von Unrat) neigt, bedarf sie ständiger, intensiver pflegerischer Beaufsichtigung und Betreuung.

Arbeitstherapeutisch ist sie nur zu leichten Tätigkeiten einsetzbar.

Frau Y, 47 Jahre

Zusammenfassung (30. 07. 1983)

Frau Y ist 47 Jahre alt. Sie ist 165 cm groß und wirkt mit ihren 55 kg Körpergewicht schwächlich, fast kachektisch. Ihr blasses, fahl-graues Gesicht, das zarthäutig und faltenfrei ist, fällt auf durch das spitze Kinn, die hervorspringenden Wangenknochen und die eingefallenen Wangen. Mund und Lippen sind schmal. Ihr grau-meliertes, schulterlanges Haar schlängelt sich in Form eines Pferdeschwanzes über die rechte Schulter. Frau Y ist unauffällig, aber unkorrekt und nicht sehr sauber gekleidet.

Die Patientin, die laut Berichten des Pflegepersonals sehr wenig Nahrung zu sich nimmt und diese immer wieder intermittierend verweigert, hält sich tagsüber überwiegend, abgekapselt von ihrer Umgebung, im Wohnsaal der Station auf. Dabei sitzt sie bewegungslos und krampfhaft-steif mit vornübergekauertem Oberkörper, sich dabei mit den Unterarmen auf den Knien abstützend, immer auf demselben Stuhl im gleichen Eck des Saales. Gleichzeitig zieht Frau Y prinzipiell ihre Schuhe aus und stellt diese unter ihrem Stuhl ab. Den Kopf, den sie statuenhaft-starr zu Boden gesenkt hält, hebt sie nur selten stereotyp langsam und mühselig und durchstreift dann mit müdem, leblosem und freudlosem Blick den Wohnraum, um sich kurze Zeit später wieder desinteressiert und teilnahmslos abzuwenden.

Die Patientin, die kritik- und verständnislos ihrer Krankheit gegenübersteht und zwischendurch krankheitseinsichtig ist, fällt besonders durch ihre ausgeprägte motorische Starrheit auf. Diese äußert sich beispielsweise dadurch, wenn Frau Y in einer fixierten Sitzhaltung verharrt, ihre

Hände stereotyp krampfhaft faltet und gleichzeitig im Schoß vergräbt, fast unaufhörlich auf ihre Füße stiert oder eine Mücke reaktionslos auf ihrer Nase herumkrabbeln läßt. Dazu paßt außerdem, daß Frau Y in Mimik und Gestik erstarrt ist. Die massive Bewegungs-Verarmung beeinträchtigt die Patientin auch stark in ihrem Verhalten, im Willen- und Antriebsvermögen, in Konzentration und Aufmerksamkeit, vor allem aber im Denken.

Formal ist ihr Denken verändert im Sinne von Verschwommenheit, Gedankenabreißen, Gedankenspringen, haftendem Denken - dabei kreisen ihre Gedanken immer wieder um den "Vati", den sie mit allen ihren Lebensereignissen in Beziehung bringt -, besonders aber im Sinne eines verlangsamten Gedankengangs, was einer Denkhemmung entspricht. So benötigt Frau Y zum einen sehr viel Zeit, ehe sie ein Wort auszusprechen vermag, zum anderen bleibt sie häufig schon im Antwortansatz stecken. Grobe syntaktische und grammatikalische Fehlleistungen sind bei ihren Aussagen nicht festzustellen. Allerdings bestehen bei der Patientin erhebliche Schwächen im analytisch-logischen und kombinatorischen Denken. Insgesamt ist ihr Denken stark vereinfacht, unbeweglich und verarmt.

Zur Zeit sind produktiv psychotische Erlebnisse bei Frau Y nicht faßbar. Direkte Fragen nach Sinnestäuschungen oder Halluzinationen negiert sie und reagiert mit Schweigen und einem Versinken in einen Stupor. Man kann die Patientin aber, so berichtet uns das Pflegepersonal, immer wieder dabei beobachten, wie sie leise murmelnd Selbstgespräche führt, über deren Inhalt sie sich ausschweigt.

Interaktionen mit Frau Y, die auffallend ängstlich-zaghaft, mißtrauisch und fast kontaktunfähig ist, kommen nur schwer zustande. Meist reagiert sie auf aktive Zuwendungen stereo-

typ mit Ablehnung und Rückzug. Gelingt gelegentlich eine Kontaktaufnahme, ist ein geordnetes Gespräch mit ihr nicht möglich. Sie spricht spontan kein Wort. Außerdem nuschelt die Patientin, die sich um keine Artikulation bemüht, mit modulationsloser und flüsternder Stimme vor sich hin. Mit infantiler Ausdrucksweise beantwortet sie Fragen kurz, oberflächlich und telegrammstilartig, oft auch nur bruchstückhaft.

Ihre Stimmungslage wirkt mißmutig, freudlos, interesselos. Entsprechend ist ihr Gesichtsausdruck. Dazu paßt weiterhin der jammernde und unzufriedene Unterton in ihrer Stimme. Affektiv ist Frau Y kaum anregbar, die zwischendurch auch inadäquat läppisch-heiter und -sorglos gezwungen lächelt. Gelingt die Kontaktaufnahme, ist sie für Komplimente oder schmeichelnde Worte empfänglich. Dann verraten in ihrem sonst unbewegten Gesicht nur die Augen etwas Leben.

Das aktuelle psychopathologische Zustandsbild der 47-jährigen Patientin charakterisieren folgende Residualsymptome: ausgeprägte Antriebsarmut, Initiative- und Interesselosigkeit, Kritik- und Urteilsunfähigkeit, stark reduziertes Kontaktverhalten, Ambivalenz ihrer Lebens- und Krankheits-situation gegenüber, Negativismus, stuporöse Versunkenheit, Autismus, Neigung zu Mutismus, hochgradige Affektnivellierung, Bewegungs-, Haltungs- und Unterlassungsmä-nieren, Starre der Motorik, Mimik und Gestik sowie eine nur gelegentlich zu Überwindende Unnahbarkeit und katatone Gespanntheit. Weiterhin treten formale Denkstörungen in Erscheinung. Allgemeinwissen, örtliche und zeitliche Orientierung sind stark eingeschränkt. Dagegen sind produktiv psychotische Phänomene derzeit nicht faßbar.

Die Krankheit von Frau Y begann 1955. Die 19-jährige Patientin war damals auffallend ängstlich, mißtrauisch, glaubte sterben zu müssen, fühlte sich bedroht, äußerte Vergiftungs- und Beeinträchtigungsideen und hörte Stimmen, die sie meistens negierte. Wiederholte stationäre Behandlungen in der Universitäts-Nervenklinik München und im BKH waren erforderlich. Während solcher Aufenthalte verhielt sie sich wechselhaft. Zeitweise war sie psychomotorisch sehr umtriebig, negativistisch, nörgelte, querrulierte, sprach viel vor sich hin und störte das Gemeinschaftsleben, was mitunter in unvorhersehbare Aggressionshandlungen ausartete. Dabei konnte sie plötzlich Nachtische umstürzen, das Essen auf den Boden schütten oder dem Pflegepersonal Teller nachwerfen. Andererseits zeigte sie sich auffallend ruhig bis autistisch, lag ausdrucks- und initiativlos im Bett, war stuporös, mutistisch, ratlos und affektiv nivelliert, kontakt- und teilnahmslos und bot Haltungs- und Bewegungsmanieren. Beispielsweise saß die motorisch steif und hölzern wirkende Patientin tagelang aufrecht und starr im Bett oder legte sich immer wieder in einer Zimmerecke auf den Fußboden. Phasenweise fiel die Patientin, die mitunter die Nahrung verweigerte und deshalb gefüttert werden mußte, auch durch ein läppisches, subeuphorisches und distanzloses Verhalten auf.

Bis 1964 erbrachten intensive Behandlungsmaßnahmen intermittierende leichte Besserungen, aufgrund derer und auf Wunsch der Eltern man die Patientin immer wieder nach Hause entließ.

1964 kam es im Krankheitsbild dann zu einer Beruhigung und seit dieser Zeit besteht die obig beschriebene Symptomatik in unveränderter Form. Im Längsschnitt zeigt die im 19. Lebensjahr (1955) mit einigen hochakuten Episoden be-

ginnende Krankheit einen chronisch progredienten Verlauf, wobei sich schon nach neun Jahren eine schwere Residualsymptomatik ausgebildet hat.

Eine selbständige Lebensführung scheint augenblicklich unvorstellbar. Hinzu kommt, daß die Patientin infolge ihrer Antriebslosigkeit, die bis zur Lethargie reicht, zu allen Tätigkeiten, auch zur Körperpflege und Nahrungsaufnahme, angetrieben und angehalten werden muß.

In der Arbeitstherapie nimmt Frau Y zur Zeit zwar regelmäßig teil, erbringt dort aber nur sehr geringe Leistungen.

Frau Z, 46 Jahre

Zusammenfassung (01. 10. 1983)

Die gedungen gestaltete 46-jährige Patientin ist 165 cm groß und mit 97 kg stark übergewichtig. Ihre Gesichtszüge sind aufgrund dieser Adipositas permagna, die über den ganzen Körper festzustellen ist, verstrichen und erscheinen plump-weich und nicht markant, besonders, wenn die Patientin ernst blickt. Die Gesichtshaut, durch zahlreiche Grübchen, Falten und eine tiefe Nasolabialfalte stark zerfurcht, ist fettig, fahl-grau und zeigt Schminkreste. Ihre Augen sind tief in aufgetriebene Augenlider eingebettet und von dichtgewachsenen, bräunlichen Augenbrauen umgeben. Auffallend breit sind Mund, Lippen, Nase und ihr Hals. Frau Z, die ihr halblanges, fettig-strähniges und schlampig links gescheiteltes Haar streng zurückgekämmt trägt, ist mit einer ärmellosen, tief ausgeschnittenen Kleiderschürze gekleidet, die ihre Korpulenz geradezu unterstreicht. Insgesamt wirkt das äußere Erscheinungsbild der Patientin ungeordnet, unsauber und stark vernachlässigt.

Insbesondere sind es die halluzinatorische Beeinflussung - sie gibt an, Gottesstimmen zu hören - wie auch Wahnideen, diese treten als Beziehungs-, Erklärungs-, Beeinträchtigungs- und Größenideen in Erscheinung, die ihr Denken und Agieren bestimmen. Im Vordergrund der unerschöpflichen Wahngedanken stehen die Größenideen, die Frau Z mit einem zwischen schroffer Anmaßung und verspielten Charme schwankenden Ausdruck vorträgt. Dabei wähnt sie sich aktiv im Mittelpunkt des Weltgeschehens, unterhält familiäre Beziehungen zu allen möglichen wichtigen politischen und ge-

sellschaftlichen Figuren des Zeitgeschehens oder sie fühlt sich als Heilige oder Auserwählte Gottes. Unbelehrbar schildert sie faselig, zusammenhanglos und konfus ihre monströsen und absurden Ideen und produziert mit ihren konfabulatorischen Wahnvorstellungen blühenden Unsinn. Eine Verständigung mit der Patientin, die spontan auf Anrede in einen kaum zu stoppenden Redefluß ausbricht, wird dadurch nicht möglich. Auch zahlreiche grammatikalische und syntaktische Störungen können den Monolog der Patientin, die während der wahnhaften Erzählungen ein permanentes Zungenrollen und stereotyp wälzende Mundbewegungen zeigt, nicht bremsen. Auf direkte Fragen geht Frau Z, die sehr suggestibel ist, kaum und selten logisch ein. Vielmehr entgleist sie dabei in einen Wortsalat oder verliert sich in Widersprüchlichkeiten.

Zu ihren grotesken Wahnvariationen passend spricht Frau Z nicht nur in einer höchst manierierten, geradezu exaltierten Ausdrucksweise, die sie aber auch immer wieder zu verschrobenen Wendungen nötigt, sondern zeigt auch adäquate, grimassierende mimische und gestische Reaktionen. Ansonsten wirkt Frau Z, deren Bewegungen der natürliche Fluß fehlt, in ihrer Mimik und Gestik verarmt.

Während des Gesprächs verhält sich die Patientin meist gekünstelt vornehm, plump kokettierend bis scheu-verlegen oder überheblich und affektiert. In ihrer Stimmungslage wechselt Frau Z, die primär ratlos, mißtrauisch und subdepressiv wirkt, zwischen läppisch-heiter bis sorglos, kindlich-naiv, weinerlich-bedrückt bis traurig, läppisch-euphorisch und gereizt, gespannt bis dysphorisch, so vor allem bei der Denküberprüfung.

In ihrem Gedankengang treten neben den inhaltlichen auch gravierende formale Denkstörungen auf. Diese treten als Ideenflucht, Inkohärenz, Ablenkbarkeit, Denkverschwommenheit, Denkentgleisung, Kontamination und Gedankenspringen in Erscheinung. Häufig versteht die Patientin bei der groben Denkprüfung den Sinn einer Frage überhaupt nicht, redet sinnwidrig am Kern der Sache vorbei oder bricht mitten im Antwortansatz abrupt ab. Ihre Antworten sind meist telegramstilartig und machen ihre Denkvergröberung deutlich, die bevorzugt das Sprachliche in Form von Wortvergreifungen, Grammatikfehlern, falschen Wortbildungen und unvollständigem Satzbau beteiligt.

Die ausgeprägte Residualsymptomatik, die das aktuelle psychopathologische Zustandsbild der 46 Jahre alten Frau Z kennzeichnet, wird vervollständigt durch: Autismus, Kontaktarmut, Affektnivellierung, Interessenlosigkeit, Antriebsarmut, stark eingeschränkte Konzentrations- und Urteilsfähigkeit sowie Kritiklosigkeit, besonders ihrer Krankheit und sozialen Situation gegenüber.

Die Krankheit der Patientin brach im Alter von 21 Jahren aus. Sie war gekennzeichnet durch eine zunehmende Nervosität, Reizbarkeit und Schlaflosigkeit, berufliches Versagen, Kopfschmerzen, zunehmende Schuldgefühle, abnorme Leibgefühle ("mit Druck auf dem Kopf", "ich habe keinen Magen und keine Speiseröhre mehr", "ich habe einen ganz leeren Körper"), akustische und optische Halluzinationen ("ich sehe den Teufel") und durch eine wahnhaftige Verarbeitung dieser Halluzinationen und abnormen Leibgefühle. Deshalb wurde Frau Z im Frühjahr 1963 in der Universitäts-Nervenklinik München stationär behandelt.

Aufenthalte dort waren auch 1965 und 1967 notwendig.

Frau Z hatte zwei weitere akute Krankheitsschübe durchgemacht, in denen sie nicht nur lebhaft optisch und akustisch halluzinierte, zunehmend wahnhaft und psychomotorisch erregt war, sondern auch ratlos wirkte und immer wieder suizidale Absichten verlauten ließ.

Nach den einzelnen Aufenthalten in der Universitäts-Nervenkl. München konnte sie jedesmal wieder einigermaßen ins Berufsleben integriert werden und war zu einer selbständigen Lebensführung fähig. Dies war seit 1969 bis heute - Frau Z wurde während dieser Zeit insgesamt noch vierzehnmal, davon zwölfmal im BKH aufgenommen, zuletzt im Dezember 1982 - nicht mehr möglich.

Insgesamt gesehen war der Verlauf der Krankheit chronisch progredient, zeigte jedoch nach Phasen der Beruhigung immer wieder Spitzen mit einer hochakuten Symptomatik. Besonders betroffen davon war die Wahnsymptomatik, die seit 1969 in ihrer Intensität stetig zunahm. Die anderen Symptome des Residualzustandes, die ich eingangs erwähnt habe, traten dagegen relativ konstant in Erscheinung. In den letzten Jahren zeigte die Patientin darüberhinaus auch verbale und seltener tätliche Aggressionen.

Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, in der Frau Z bis heute nichts Brauchbares leistet, blieben erfolglos.

Infolge ihrer zunehmenden Verwahrlosungstendenz - Frau Z kümmert sich um keine Stationsbelange und ist mit sich sehr nachlässig und unsauber - ist derzeit eine sorgfältige pflegerische Überwachung unumgänglich.

4.0.0.0 ERGEBNISSE

Im Folgenden werden wichtig erscheinende Resultate zusammengetragen, die wir an den 30 persönlich nachuntersuchten Kranken gewonnen haben.

4.1.0.0 Allgemeines

4.1.1.0 Geschlechtsverteilung der 30 persönlich nachuntersuchten Patienten.

Die katamnestische Erhebung wurde an 19 Männern und 11 Frauen durchgeführt.

4.1.2.0 Altersverteilung zu Beginn der Erkrankung

4.1.2.1 Frauen

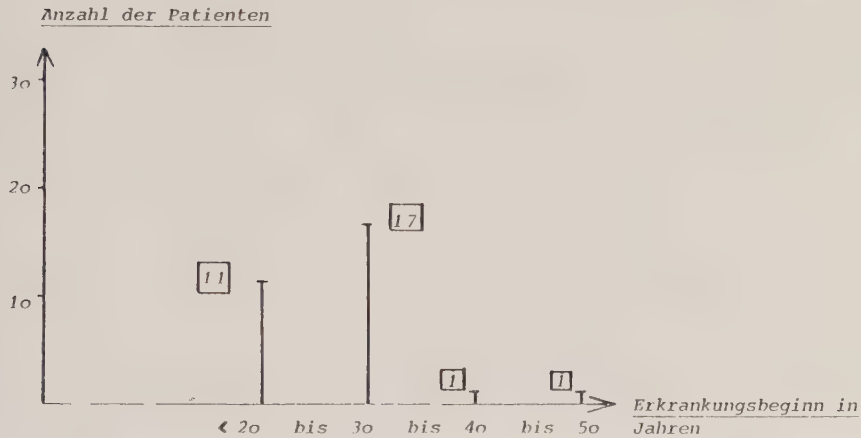
Drei der insgesamt 11 nachuntersuchten Patientinnen waren zu Beginn der Erkrankung nicht einmal 20 Jahre alt. Bei den anderen 8 Frauen manifestierte sich die schizophrene Erkrankung zwischen dem 21. und 30. Lebensjahr.

4.1.2.2 Männer

Jünger als 20 Jahre waren bei Erkrankungsbeginn 8 der 19 nachuntersuchten männlichen Patienten. Die Patienten AA, BB, B, CC, DD, D, E, N und O erkrankten im Alter zwischen 21 und 30 Jahren. Herr F war bei Ausbruch der Erkrankung 35 Jahre alt und Herr G sogar schon 44 Jahre.

4.1.2.3 Männer und Frauen gesamt

Das nachfolgende Stabdiagramm veranschaulicht den Erkrankungsbeginn der 30 persönlich nachuntersuchten Kranken im Gesamten.



Wenngleich wir um eine exakte Datierung des Krankheitsbeginns eines jeden einzelnen Patienten bemüht waren, bleibt kritisch anzumerken, daß dies nicht in allen Fällen eindeutig möglich war. Verantwortlich dafür sind u. a. lückenhaft geführte Krankenakten, aber auch die Tatsache, daß die prämorbide Persönlichkeitsveränderung der Kranken häufig lange Zeit von den Angehörigen toleriert wurde und retrospektiv nicht mehr exakt festgelegt werden konnte.

4.1.3.0 Soziale Schichtzugehörigkeit aller 30 nachuntersuchten Patienten

4.1.3.1 Intakte Familienverhältnisse

Solche sind für die Kranken CC, E, H, I, J, K, O, P, U, V und Y aufgrund der Eintragungen in die Krankenakten sowie durch entsprechende Nachforschungen anzunehmen.

4.1.3.2 Zerrüttete Familienverhältnisse

(gestörtes soziales Umfeld: Wohnungsnot, finanzielle Schwierigkeiten, Suchtkrankheiten der Eltern, Vernachlässigung der Erziehung aus sonstigen Gründen)

Tabellarische Auflistung

Herr AA:	Unstimmigkeiten mit dem Vater
Herr A:	Zwistigkeiten mit dem Vater
Herr BB:	Vater alkoholkrank (deshalb auch mehrmals stationär in der Universitäts-Nervenklinik München); die übrigen Familienmitglieder "nervös"
Herr B:	Mutter litt an therapiebedürftiger Psychose, weswegen sie bis an ihr Lebensende im BKH stationär bleiben mußte; auch der Bruder des Patienten war psychisch auffällig
Herr C:	wurde von der Schwester seiner leiblichen Mutter aus unklaren Gründen adoptiert (angeblich wegen häufiger tätlicher Streitereien mit seinem Bruder)
Herr DD:	Vater Alkoholiker; beide Brüder wegen psychischer Erkrankungen stationär im BKH
Herr L:	Vater Alkoholiker (wurde deshalb schon mit 42 Jahren pensioniert)

Herr M: wurde unehelich geboren und wuchs bei Pflege-
eltern auf
Herr N: Eltern geschieden; wuchs bei seinem Stiefvater
auf, während seine Mutter in Amerika lebte
Frau R: Vater vermutlich Alkoholiker; angeblich häu-
fige Streitereien zwischen den Eltern
Frau S: Mutter angeblich zeitweise depressiv verstimmt
Frau T: Ehe der Eltern wurde geschieden
Frau W: die gesamte Familie lebte in einer Baracke

4.1.3.3 Keine sicheren Angaben

Bei sechs der nachuntersuchten Kranken, nämlich den Pa-
tienten D, F, G, Q, X und Z, waren aufgrund mangelnder Ein-
träge in die Krankenakten bzw. ungenügender Nachforschungen
früherer Untersucher keine sicheren Angaben zu den Familien-
verhältnissen zu machen. Bemühungen unsererseits, näheres
gerade bezüglich dieser genannten Patienten in Erfahrung
zu bringen, scheiterten daran, daß die durch die Patien-
ten selbst vorgetragenen Angaben meist widersprüchlich
oder infolge des fortgeschrittenen Krankheitszustandes
nicht erfragbar waren. Fremdanamnestiche Angaben konnten
wir meist deshalb nicht in Erfahrung bringen, da unsere
nachuntersuchten Kranken kaum noch Angehörige haben und
wenn doch, mit diesen keinen Kontakt mehr unterhalten.

4.1.4.0 Schulbildung, Berufsausbildung

4.1.4.1 Volksschule, Realschule und Gymnasium

Neun der 30 nachuntersuchten Patienten erreichten problem-
los einen qualifizierten Volksschulabschluß. Herr B, D, H
und I wie auch Frau Y mußten schon während ihrer Volks-

schulzeit eine Klasse wiederholen. Fünf Patienten mußten sogar mehrere Male ein Schuljahr wiederholen. Herr A erreichte über folgenden Umweg einen qualifizierten Hauptschulabschluß: vier Jahre Volksschule, danach drei Jahre Gymnasium, anschließend drei Jahre Besuch einer Realschule und letztendlich noch ein Jahr Volksschule. Herr K dagegen mußte wegen mangelnder Leistungen nach Abschluß der 3. Klasse Volksschule in eine Sonderschule wechseln. Ob die Patientinnen V, W und Z einen regelrechten Hauptschulabschluß erreichten, muß wegen mangelnder Kenntnisse offen bleiben.

Herr N besuchte acht Jahre die Volksschule und wechselte anschließend für zweieinhalb Jahre auf ein Lehrerseminar über, das er ohne Abschluß wieder verließ.

Herr O und Frau R schlossen ihren Schulbesuch erfolgreich mit der mittleren Reife ab.

Lediglich Herr C und Frau U besuchten ein Gymnasium. Da Herr C jedoch die 12. Klasse nach dreimaligem Wiederholen nicht bestand, mußte er die Schule verlassen. Frau U dagegen habe bereits nach drei Jahren Volksschule die Erlaubnis zum Übertritt ins Gymnasium erhalten. Nach dem Gymnasium besuchte sie angeblich sieben Jahre lang eine Musikschule, um sich im Klavierspiel auszubilden. Über einen erfolgreichen Studiumabschluß konnten wir in unseren Nachforschungen nichts erfahren.

4.1.4.2 Berufsausbildung

Nur 4 der insgesamt 30 Patienten können einen erfolgreichen Berufsabschluß vorweisen. Dies waren die Herren AA, A, BB und B, welche Handwerksberufe erlernten. Herr AA war Polsterer, Herr A Drucker, Herr BB Gürtler und Herr B Bäcker. Die sieben Patienten CC, G, J, K, L, S und

X brachen während der Lehrzeit ihre Ausbildung ab. Die Großzahl aber, nämlich die übrigen 19 Patienten, erlernte keinen Beruf. Die meisten von ihnen verrichteten bis zum Ausbruch ihrer Erkrankung Gelegenheitsarbeiten.

4.1.5.0 Familienstand zur Zeit der Nachuntersuchung

Die Mehrzahl, nämlich 25 der 30 nachuntersuchten Kranken sind nicht verheiratet. Von diesen 25 gebaren allerdings die Patientinnen T, X und Z uneheliche Kinder. Noch verheiratet waren zur Zeit der Nachuntersuchung die Kranken AA und W. Geschieden ist die Patientin R.

4.1.6.0 Lebensalter zur Zeit der Nachuntersuchung

4.1.6.1 20 bis 30 Jahre

Zwischen 20 und 30 Jahren waren Herr A und L.

4.1.6.2 31 bis 40 Jahre

Die Herren K und O sowie Frau P waren zur Zeit unserer Nachuntersuchung zwischen 31 und 40 Jahre alt.

4.1.6.3 41 bis 50 Jahre

Zur Gruppe der 41-bis 50-jährigen zählten die 14 Kranken AA, BB, B, C, DD, H, M, N, R, T, W, X, Y und Z.

4.1.6.4 51 bis 60 Jahre

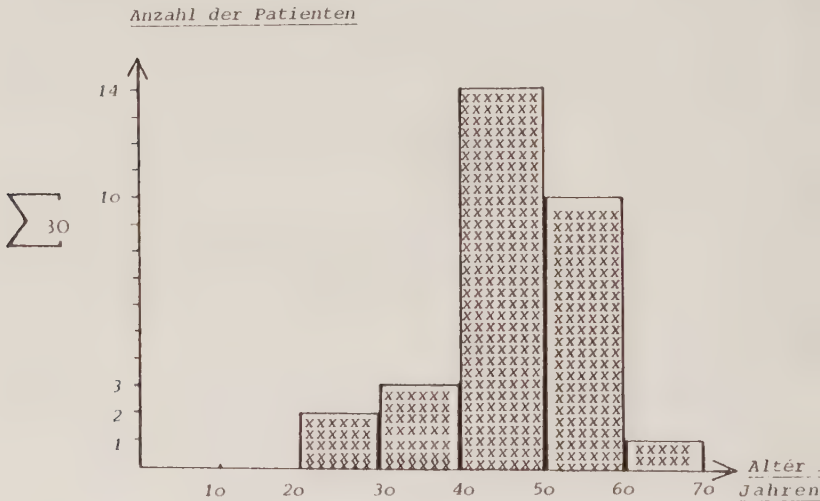
10 der 30 nachuntersuchten Kranken waren zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung zwischen 51 und 60 Jahre alt. Dies traf

auf die Patienten CC, D, E, F, I, J, Q, S, U und V zu.

4.1.6.5 61 Jahre und älter

Älter als 60 Jahre war bei unserer Nachuntersuchung mit 62 Jahren lediglich Herr G.

4.1.6.6 Zusammenfassende zeichnerische Darstellung



4.2.0.0 Verlaufsweise und Verlaufsentwicklung der Krankheit

Retrospektive Betrachtung mittels sämtlicher zur Verfügung stehender Unterlagen.

4.2.1.0 Akuter Beginn zu nachfolgendem chronischen Verlauf

Nur bei Frau P führte ein plötzliches akutes Ereignis (gescheiterte Prüfung) zur erstmaligen stationären Therapie. Obwohl bei Frau P während des weiteren Krankheitsverlaufes keine weiteren akuten Geschehen mehr zu beobachten waren, konnte trotz intensiver therapeutischer Maßnahmen keine Heilung mehr erzielt werden, so daß Frau P bis heute hospitalisiert bleiben mußte.

4.2.2.0 Akut in Schüben

4.2.2.1 zu chronischer Verlaufsentwicklung

Die Kranken AA, BB, J, K, N, Q, R, T, X, Y und Z mußten während der ersten Jahre ihrer Erkrankung mehrere Male wegen akuter Exazerbationen stationär in psychiatrischen Krankenhäusern therapiert werden. Relative Besserungen des Zustandsbildes ließen bei diesen Kranken jedoch immer wieder Entlassungen aus der stationären Behandlung zu. Allerdings wäre dann jeweils eine regelmäßige ambulante Betreuung der Patienten notwendig gewesen. Dies scheiterte jedoch meistens an der geringen Compliance seitens der Kranken, so daß Zustandsverschlechterungen immer wieder zu stationären Aufenthalten führten.

4.2.2.2 mit vollkommener Remission

Eine solche Entwicklung konnte bei unseren nachuntersuchten Kranken nicht beobachtet werden, nicht zuletzt auch deshalb, weil wir unsere Nachuntersuchung an 30 hospitalisier-

ten Kranken des BKH durchführten.

4.2.3.0 Schleichender Beginn mit nachfolgendem
chronisch progredienten Verlauf

Bei mehr als der Hälfte der 30 nachuntersuchten Patienten, nämlich bei den 18 Kranken A, B, CC, C, DD, D, E, F, G, H, I, L, M, O, S, U, V und W gestaltete sich die Verlaufsentwicklung derart, daß nach Beginn der Krankheit diese immer weiterschwelte, selbst wenn tage- oder wochenweise Zustandsschwankungen zu beobachten waren, welche Hoffnung auf Besserung oder gar Heilung zuließen.

Bei all den genannten Kranken zeigte schon das prämorbid Verhalten eine Änderung des psychischen Zustandes an, so daß die zu gegebener Zeit unausweichliche und dringend erforderliche psychiatrische Behandlung die umgebenden und vertrauten Personen der Kranken nicht mehr so sehr überraschte und sogar häufig durch diese in die Wege geleitet wurde.

4.3.0.0 Erforderliche Hospitalisationsdauer während
des Krankheitsverlaufes

4.3.1.0 Gesamtdauer der nachuntersuchten Männer
und Frauen

Bei der Betrachtung der 30 persönlich nachuntersuchten Patienten war eine Gesamthospitalisationsdauer von insgesamt 570 Jahren festzustellen. Diese Zahl täuscht allerdings erheblich über die tatsächliche Katamnesedauer hinweg. Da sämtliche 30 Kranken unserer Nachuntersuchung auch während der außerstationären Phasen nie symptomfrei waren, ist die errechnete Katamnesedauer, soweit sie aus den Kran-

kenakten eruierbar war, höher als nur 19 Jahre (570:30); sie beträgt demnach im Durchschnitt 26 Jahre.

4.4.0.0 Unterformen zur Zeit der Nachuntersuchung

Wie schon im Methodikteil betont, gingen wir der Frage nach, ob sich die von uns nachuntersuchten Kranken einer der drei überlieferten Unterformen zuordnen lassen. Wir behandeln diese Frage deswegen schon an dieser Stelle, um dem Leser die Charakterisierung mittels Symptomen und nachfolgender Diagnosestellung (s. 4.7.4.0) zu erleichtern.

4.4.1.0 Hebephrene Schizophrenie

Entsprechend der allgemeingültigen Definition konnten wir zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung die folgenden 15 der insgesamt 30 Patienten eindeutig dieser Unterdiagnose zuordnen: A, BB, B, C, DD, J, K, L, M, O, P, R, S, U, X.

4.4.2.0 Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

Zweifellos zeigten die Kranken AA, D, N und Z zur Zeit der Nachuntersuchung ein paranoid-halluzinatorisches Zustandsbild.

4.4.3.0 Katatone Schizophrenie

8 der 30 nachuntersuchten Kranken - E, F, G, H, J, V, W und Y - boten zum Zeitpunkt unserer Nachuntersuchung eindeutig das psychopathologische Bild der Katatonie, wenngleich es auch nicht derart ausgeprägte Bilder waren, wie sie beispielsweise Kleist (53) noch fand.

4.4.4.0 Nicht einer einzigen überlieferten Unterform zuzuordnen

Drei der 30 persönlich nachuntersuchten Patienten konnten wir aufgrund unserer Befunde und der im Längsschnitt der Erkrankung beachteten Symptome nicht eindeutig einer klassischen Unterform zuordnen. Es waren dies die Patienten Herr CC sowie die Frauen Q und T. Sie zeigten eine kombinierte Symptomatik aus der hebephrenen und paranoid-halluzinatorischen Untergruppe.

4.5.0.0 Unterformen zu Beginn der Erkrankung

Das umfangreiche Material ließ es durchaus zu, retrospektiv den Versuch einer Zuordnung zu den überlieferten Unterformen zu unternehmen. Da wir einen chronischen Verlauf ab dem 6. Krankheitsjahr annahmen, betrachteten wir gesondert die ersten fünf Krankheitsjahre jedes einzelnen Patienten. Dabei machten wir die Feststellung, daß unterschiedliche Betrachtungsweisen der Untersucher, unterschiedliche Beschreibungen derselben, im besonderen aber die uneinheitliche Verlaufsgestaltung der Patienten selbst eine eindeutige Zuordnung nicht immer zuließen. Somit konnten wir folgende Ergebnisse konstatieren.

4.5.1.0 Hebephrene Form

Ein doch eindeutig hebephrenes Zustandsbild während des genannten Zeitraumes boten die Patienten A, CC, C, DD, J, M, Q und R.

4.5.2.0 Paranoid-halluzinatorische Form

Diesem Zustandsbild ließen sich während der ersten fünf Krankheitsjahre bereits die Patienten D, N und Z zuordnen.

4.5.3.0 Katatone Form

Hierbei handelt es sich wohl um eine Unterform, die zu Beginn der Erkrankung von den meisten Untersuchern am seltensten erkannt wurde, wenngleich bei genauer Betrachtung der Aufzeichnungen durchaus Hinweise zu finden waren. So war schon während der ersten fünf Krankheitsjahre der Patient G der katatonen Unterdiagnose zuzuordnen.

4.5.4.0 Unklare Form

Nicht zuzuordnen waren während der ersten fünf Jahre die folgenden 18 Kranken: AA, BB, B, E, F, H, J, K, L, O, P, S, T, U, V, W, X und Y.

Diese Patienten zeigten zunächst folgende Symptome; in Klammer erwähnen wir die zur Zeit der Nachuntersuchung erhobene Diagnose:

Herr AA: Paranoide und hebephrene Symptome, verwirrtes Verhalten (Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie mit besonderer Affektkontinenz).

Herr BB: Paranoide und hebephrene Symptome (Hebephrenie).

Herr B: Paranoide und hebephrene Symptome (Hebephrenie).

Herr E: Große Ängstlichkeit, hebephrene und paranoide Symptome (Katatonie).

Herr F: Depressionen, hebephrene und paranoide Symptome (Katatonie).

Herr H: Choreatisches Erscheinungsbild, verwirrtes Verhalten und hebephrene Symptome (Katatonie).

- Herr J: Paranoide Symptome (Katatonie).
- Herr K: Kombiniert hebephrenes und paranoides Bild, ausgeprägte Ängstlichkeit (Hebephrenie).
- Herr L: Paranoide und hebephrene Symptome (Hebephrenie).
- Herr O: Paranoide und hebephrene Züge (Hebephrenie).
- Frau P: Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (Hebephrenie).
- Frau S: Hebephrene und paranoide Züge (Hebephrenie).
- Frau T: Verwirrtes Verhalten, paranoide Symptome (Hebephrenie mit paranoid-halluzinatorischer Komponente).
- Frau U: Ausgeprägte Ängstlichkeit, paranoide und katatone Symptome (Hebephrenie).
- Frau V: Hebephrene und katatone Züge (Katatonie).
- Frau W: Kombination: Hebephrenie und paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (Katatonie).
- Frau X: Paranoide und hebephrene Symptome (Hebephrenie).
- Frau Y: Hebephrene, katatone und paranoide Züge (Katatonie).

4.6.0.0 Zuordnung zu den Unterformen ab dem 6. Krankheits-
jahr bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung

Berücksichtigt man unsere zur Zeit der Nachuntersuchung gewonnenen Ergebnisse, scheint uns eine derartige Betrachtungsweise am ergiebigsten. Dies ist insbesondere deshalb erstaunlich, weil die Betrachtung der Gesamtentwicklung durchaus die zuverlässigsten Ergebnisse erbrachte. So war diese Betrachtungsweise auch für uns bei der exakten Diagnosestellung häufig von Vorteil, denn natürlich boten die von uns untersuchten Patienten nicht immer die volle Symptomatik einer Unterdiagnose. Jedoch unter der Berücksichtigung des Gesamtverlaufes der Krankheit war es dann mög-

lich, zweifelsfrei 27 Patienten diagnostisch zu differenzieren. Da die für den genannten Zeitraum gewonnenen Ergebnisse exakt mit denen der Nachuntersuchung übereinstimmen, werden wir uns, um Wiederholungen zu vermeiden, mit dem allgemein formulierten Ergebnis an dieser Stelle zufrieden geben.

Ohne näher darauf eingehen zu wollen, möchten wir jedoch bemerken, daß nicht etwa Querschnittsuntersuchungen, sondern vielmehr Untersuchungen im Längsschnitt zur Schizophrenieforschung dringend erforderlich sind. Und nur so kann man dem Vorwurf M. BLEULERS entgehen, schizophren Erkrankte würden je nach Untersucher einmal der einen und einmal der anderen Untergruppe zugeordnet werden (17). Er und seine Anhänger empfinden also eine Zuordnung zu einer Untergruppe der Schizophrenie eher als Willkür denn als zu verallgemeinerndes und zu forderndes Postulat. Herr VONDERSCHMITT (74) und ich sind, und das werden unsere Ergebnisse noch zeigen, völlig konträrer Meinung zu M. BLEULER.

Keineswegs soll damit behauptet werden, daß bei unseren 30 Patienten Schwankungen und Änderungen des psychopathologischen Zustandsbildes nicht zu beobachten gewesen seien. Natürlich! Solche wurden uns nicht nur vom Therapiepersonal berichtet, sondern auch wir konnten solche selbstverständlich während der Zeit der Nachuntersuchung feststellen. Wesentlich scheint uns aber, daß derartige Änderungen des Zustandsbildes, seien es nun Besserungen oder Verschlimmerungen, jeweils nur sehr kurzzeitig waren und am gesamt-psychopathologischen Zustandsbild letztendlich nichts änderten.

Als wesentliches Ergebnis unserer Untersuchung gilt es deshalb festzuhalten, daß bei genauer Betrachtungsweise durchaus immer die gleiche Unterform erkennbar blieb,

selbst wenn phasenweise auch Symptome anderer Unterformen oder sogar zeitweise gar keine pathologischen Merkmale erkennbar waren.

Um erklärende Wiederholungen zu vermeiden, verweise ich diesbezüglich auf die Arbeit von Herrn M. VONDERSCHMITT (74); denn ich möchte mein Augenmerk hauptsächlich auf die Symptome richten und davon, soweit möglich, die Diagnose ableiten.

4.7.0.0 Krankheitssymptome

Ziel dieser Arbeit war es, die Patienten möglichst genau zu beobachten, Symptome differenziert festzuhalten und erst danach den Versuch zu starten, die gefundenen Symptome einer Beurteilung zuzuführen.

Aus didaktischen Gründen werde ich zunächst die von Fremduntersuchern festgestellten Symptome betrachten und diese zum besseren Vergleich stichpunktartig auflisten.

Im Anschluß an die abschließende Symptomenauflistung unserer eigenen Untersuchung soll dann die Diagnose gestellt werden, und zwar unter Betrachtung des Gesamtverlaufes.

4.7.1.0 Wesentliche Symptome bei der Erstmanifestation
der Erkrankung (bis circa sechs Wochen danach)

Patient AA: Zerfahren in seinen Äußerungen; psychomotorisch unruhig; ängstlich agitiert; Äußerung haptischer und akustischer Halluzinationen; telegrammstilartige sprachliche Äußerungen mit längeren Pausen zwischen den einzelnen Satzfragmenten; Depersonalisationsempfindungen;

Patient A: Formale Denkstörungen; Affektlabilität bei Neigung zu asozialem Verhalten; psychomotorisch erregt, gelegentlich bizarr; antriebsverarmt; unkonzentriert; schon zu Beginn der stationär therapiebedürftigen Erkrankung fortwährendes Drängen auf Entlassung in uneinsichtiger Weise;

Patient BB: Brutale Fremdaqgressionen gegen die eigenen Angehörigen; akustische Sinnestäuschungen; Entfremdungsgefühle; Gedankenabreißen; labile Grundstimmung; psychomotorische Verlangsamung; Kontaktverarmung;

Patient B: Ablehnendes und unzugängliches Verhalten; Denkstörungen in Form von Gedankenabreißen, Zerfahrenheit und Danebentreden; deutliche Gereiztheit, die in Fremd- und Autoaggressionen umschlagen konnte; Affektlabilität; Antriebs- und Kontaktschwäche; abgehackte Sprechweise, die auf paranoide Vorstellungen hindeutete;

- Patient CC: Körperpersensationen; Angstzustände mit Vergiftungs- und Beziehungsideen und davon sich ableitende mehrmalige Suizidversuche;
- Patient C: Extremes Nachlassen der schulischen Leistungen; Rückzug von der Umgebung; ängstliche Bedrücktheit; Nachlassen von Interesse und Initiative;
- Patient DD: Hang zum Streunen; kleinere kriminelle Handlungen; reduzierter Antrieb und stark eingeschränkte Ausdauer; Gefühlsverarmung; Neigung zu Alkoholabusus; sexuelle Entgleisungen in Form von Exhibitionismus; Auftreten läppischer Heiterkeit; kindlicher Gedankengang; Konzentrationsmangel;
- Patient D: Fremd- und Autoaggressionen bei affektiver Erkaltung; Denkstörungen in Form von haften-dem Denken; Größenideen; Neigung zum Konfabulieren;
- Patient E: Depersonalisationsgefühle; unruhig und erregt; subdepressive Verstimmung; affekt- und antriebslahm; denkgestört; eckiger Bewegungsablauf; Manierismen der Haltung;
- Patient F: Isolationsbestreben; Suizidversuche; extreme Verwahrlosungstendenz;
- Patient G: Gesperrt; mutistisch; Antwortverweigerung; deutlicher Negativismus; Kontaktverweigerung; akustische Halluzinationen; Vergif-

tungsideen mit nach sich ziehender Nahrungs-
und Medikamentenverweigerung;

Patient H: Hemmung des Gesamtverhaltens; "eigenartige
Haltung" und "Starren in bestimmte Richtung";

Patient I: Hang zum Streunen; Bubenstreiche; grundloses
Lachen; wiederholen von dem, was andere
Personen sprachen, in echolalischer Weise;

Patient J: Vergiftungs- und Verfolgungsideen; ängstlich;
mißtrauisch; Beziehungsideen; ambitendentes
Antwortverhalten; haptische und akustische
Halluzinationen;

Patient K: Angstgefühle; Klagen über hypochondrische
Beschwerden; Ambitendenz ; stereotype For-
derung auf Entlassung;

Patient L: Herumvagabundieren; Abbrechen des Kontaktes
mit den Angehörigen; Größenideen; gehemmte
Persönlichkeit;

Patient M: Kleine kriminelle Handlungen; Mimikreduktion;
zerfahrener Gedankengang; Ideenflucht; Drauf-
losreden in unüberlegter Weise;

Patient N: Prämorbid Vagabundenleben; Verwehrlosungs-
neigung; "sonderbares Verhalten"; Verdacht
auf Drogeneinfluß und Selbstgefährdung;
"verstörtes Benehmen"; Abgelenktheit und
Zerstreutheit im Gespräch mit mangelhaftem
Orientierungsvermögen; Denkstörungen in Form

von Danebenreden und Zerfahrenheit; hypochondrische Halluzinationen; Beeinflussungs-ideen; Affektverarmung;

Patient O: Depressive Verstimmungen; Suizidhandlungen; paranoide Äußerungen; Aggressionsneigung;

Patientin P: Mangelnde Ausdauer; Wahngedanken religiösen Inhalts; paranoid bedingte Ablehnung der Umwelt; Aggressionen;

Patientin Q: Religiös gefärbte Wahnstimmung; Angstzustände; Verfolgungsideen;

Patientin R: Kleine Kriminalitäten; Suizidversuch; Führen unverständlicher Reden;

Patientin S: Schon prämorbid auffällig durch mangelnde Ausdauer, so daß sie häufig ihre Arbeitsstellen unter fadenscheinigem Vorwand wechselte; Affekterlahmung; Klagen über Gedankenabreißen;

Patientin T: Ängstliche Gespanntheit; Antriebsstörung; motorische Hemmung; Denkzerfahrenheit; akustische Halluzinationen imperativen Charakters;

Patientin U: Schon prämorbid auffällig durch ihr sehr zurückgezogenes und eigenwilliges Wesen; grundloses Weinen; Isolationsneigung; reizbar; erregt; Angstgefühle; Vergiftungs-ideen; Beeinflussungs-ideen; akustische und

hypochondrische Halluzinationen; Hypnotisierungsgefühl; Wahnideen;

Patientin V: Unfähigkeit, geordnete Angaben zur Vorgeschichte zu machen; Antriebs- und Interessenverarmung; Affektabbau; Verwahrlosungsneigung;

Patientin W: Prämorbid schon asoziales Verhalten; Störungen des Denkens mit Ideenflucht und Zerrahrenheit; Affektverarmung; inadäquates Forderungsstreben;

Patientin X: Prämorbid schon asoziale Verhaltensweisen; Aggressionsausbrüche; Suizidversuche; Affektveränderungen; Minderwertigkeitsgefühle;

Patientin Y: Ängstlich; Beeinträchtigungsideen; Vergiftungsideen mit daraus resultierender Nahrungsverweigerung; Beziehungsideen; Führen von Selbstgesprächen; unmotiviertes Lachen;

Patientin Z: Prodromalsyndrom in Form von Nervosität, Reizbarkeit und Schlaflosigkeit; Leistungsminderung; akustische, optische und haptische Halluzinationen;

4.7.2.0 Hauptsymptome während des folgenden Krank-
heitsverlaufes bis zur Zeit der Nachunter-
suchung

Patient AA : Zerfahren in Äußerungen und Taten; Wahn-
ideen; ängstlich agitiert; gereizt; zu-
nehmende Kontaktverarmung; krankheitsun-
einsichtig; immerzu Äußerung religiöser
Wahnideen; Hören von Stimmen imperativen
Charakters; Verfolgungsideen; Neigung zu
kleineren kriminellen Handlungen und
Alkoholabusus; Affektlabilität; häufiges
Drängen auf Entlassung aus der stationä-
ren Therapie; gelegentlich läppisch und
distanzlos; zunehmendes Deutlichwerden
von Größenideen, die er in Form einer
"neuen Sprache" offenbarte; Aggressions-
neigung;

Patient A : Akustische Halluzinationen; Bewegungs-
stereotypien; Manierismen des Verhaltens
(z.B. Bespucken des Bodens); Autismus;
Krankheitsuneinsichtigkeit; sozial nicht
integrationsfähig; Führen unflätiger Re-
den; stereotype Forderung der Entlassung;
Körpersensationen; Verfolgungsideen; Nei-
gung zu Fremdaggressionen; querulatori-
sches, drängelndes und forderndes Verhal-
ten; Antriebsverarmung; Affektverflachung;
zunehmende Denkverarmung;

Patient BB : Aggressionsausbrüche bei Versuchen, ihn
zu aktivieren; antriebs- und affektgestört;

ad Herr BB : Neigung zu Vorbeireden; kontaktverarmt; gänzlich krankheitsuneinsichtig; akustische Halluzinationen und Beeinträchtigungs-ideen; häufige Phasen von Mutismus und Nahrungsverweigerung; trieb allen möglichen Schabernack gegen Mitpatienten; zunehmende Verwahrlosungstendenz; formale und inhaltliche Denkstörungen wurden deutlicher; Kritiklosigkeit und Urteilsunvermögen manifestierten sich;

Patient B : Distanzloses und umtriebiges Verhalten mit aufdringlicher Belästigung seiner Mitpatienten; ebenso zunehmender ethischer Verfall (hemmungsloses Onanieren vor anderen Patienten, obszöne Reden etc.); zunehmende Kritiklosigkeit mit fortwährendem Drängen auf Entlassung; widerstrebend mit zunehmender Vernachlässigung seines Äußeren; gelegentlich akute Wahnstimmung mit religiösen und sexuellen Inhalten; sozial nicht integrationsfähig; zunehmende Denkverarmung mit häufigen Äußerungen verschrobener Ideen; mehrmalige Suizidversuche;

Patient CC : Affekterlahmung; Aspontaneität; Initiativelosigkeit; Kontaktverarmung; Krankheitsuneinsichtigkeit mit stereotyper Forderung auf Entlassung; haptische Halluzinationen; Vergiftungserscheinungen; Phasen von Unruhe und Getriebenheit; morose Verstimmung; deutliche Ablehnung mit periodisch auftretenden Fremdaggressionen; erhöhte

- ad Herr CC : Wahndynamik mit Hinzutreten von optischen Halluzinationen; plump und distanzlos vertraulich; lebt ziel- und planlos in den Tag;
- Patient C : zunehmende Antriebsschwäche; depressive Verstimmung; stumpfsinniges Ausführen sinnloser Handlungen (z.B. Zählen seiner Pullover); nachlassende Körperpflege; Neigung zu aggressiven Tätlichkeiten; weitere Manieren der Sprache und des Handelns (Essen von Kot); autistisch-verschrobenes Verhalten; weiterer Rückzug von der Umgebung mit zunehmender Realitätsentfremdung; gelegentlicher Rededrang;
- Patient DD : Unmotivierte Erregungszustände; inadäquates Lachen; Sprachstörungen bis hin zum Wortsalat; erhebliche Urteilsunfähigkeit; Antriebsverlust; häufige Schimpfkanonaden; ungehemmte Erregungsausbrüche mit starker Aggressionsneigung; zunehmende Kontaktverarmung; forderte in kritikloser Einförmigkeit seine Entlassung und unternahm einige Entweichungsversuche; akustisch-halluzinatorische Beeinflussung;
- Patient D : Autismus; Verschrobenheit des Auftretens; weitere affektive Nivellierung; Rückzug von der Umgebung; Antriebsverlust; Rededrang, wobei Herr D unverständliche Äußerungen von sich gab; Verwahrlosungstendenz;

ad Herr D : unberechenbare Aggressionshandlungen, produzierte immerzu absurde Wahnideen; vorgetragen in läppisch-euphorischer Heiterkeit; Beeinträchtigungen durch groteske Körpersensationen; psychomotorische Unruhe mit Getriebenheit; Führen erregter Selbstgespräche;

Patient E : Unmotivierter Mordversuch an einer Frau; ängstlich getrieben; merkwürdig anzusehender Bewegungsablauf, welcher eckig und gezwungen erschien; grimassierende Mimik; akustische Halluzinationen; ablehnendes Verhalten; Kontaktstörungen; Autismus; Mutismus; murmelnde Selbstgespräche; Aggressionsneigung; Suizidgedanken und -handlungen; formale Denkstörungen in Form von Zerfahrenheit;

Patient F : Äußerungen von Selbstmitleid; extreme Verwahrlosung; fühlte sich unverstanden; starker Rückzug von der Umwelt; Nahrungsverweigerung; wahnhafte Beziehungs- und Beeinträchtigungs-ideen; zunehmende Erstarrung der Gesamtmotorik; zunehmender Mutismus; Kontaktunfähigkeit; Initiativlosigkeit; Unterlassungsmanieren wie beispielsweise das strikte Weigern, zum Gruß die Hand zu reichen; mißmutige Grundstimmung; Unterbrechung der Einförmigkeit seines Zustandsbildes durch kurzzeitige Erregungen;

- Patient G : Zunehmende Bewegungsverarmung; gelegentliche Alkoholexzesse; Erstarren der Mimik; Beeinträchtigungsideen; Ablehnung; Mißtrauen; Gespanntheit; stuporöse Phasen; Mutismus; Autismus; Aggressionen; starke Vernachlässigung des Äußeren; Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit, welche sogar zur Urämie führte; telegrammstilartige Sprache;
- Patient H : Psychomotorische Unruhe; Selbstgespräche in unverständlich lispelnder Sprache und Abgelenktheit; Gestikulationen; Grimassen; Antriebsverarmung mit Unselbständigkeit zur eigenen Lebensführung; faxenhafte Umtriebigkeit; Zerfahrenheit des Gedankenganges; Sperrungsmechanismen; autistische Zurückgezogenheit; Tendenzen zu Negativismus; hastige und disartikulierte Sprechweise; zunehmende psychomotorische Unruhe mit clowneskem Bewegungsspiel; Unterlassungsmanieren;
- Patient I : Zunehmend läppisch im Verhalten; kein Realitätsbezug; manierierte Bewegungen; Gefühlsverödung; zunehmender ethischer Verfall; Auto- und Fremdaqgressionen; Sammeltrieb; Kontaktverarmung; immer wieder homosexuelle Aktivitäten; Handlungsmanieren;
- Patient J : Extreme Aktivitäts- und Affektivitätseinbußen; paranoid bedingte Beeinträchtigungs-

ad Herr J : und Beeinflussungsgefühle; Verschrobenheit; Bizarrerie seines Verhaltens; inadäquates Lachen; Danebenreden; extreme Abgelenktheit bei Gesprächsversuchen; Aggressionsneigung; Versiegen der Stimme gegen Ende eines meist telegrammstilartigen Satzes und anschließender Verfall in ein unverständliches Murmeln; Vernachlässigung der körperlichen Pflege; flegelhaftes Verhalten mit starker Aggressionstendenz; Autismus; Mutismus; Kontaktlosigkeit; Wahnstimmung;

Patient K : Labil-unstetes Verhalten; Ratlosigkeit; Krankheitsuneinsichtigkeit; Alkoholabusus; Selbstunsicherheit; Beziehungsideen; stereotyper Entlassungswunsch; Antriebsverarmung; Interessenreduzierung; Suizidversuche; Denkverarmung; Echolalie; Retardierung bis zum kindlich-läppischen; Distanzlosigkeit; Aggressionstendenzen; sittlicher Zerfall;

Patient L : Akustische Halluzinationen; antriebslos; affektive Versandung; autistische Zurückgezogenheit; mangelnde Krankheitseinsicht; mangelndes Urteilsvermögen; Drängen auf Entlassung; Neigung zu Alkoholabusus; Verwahrlosungstendenz; Gefährdung durch Drogen; Denkverarmung; Interesslosigkeit; Mutismus; Aggressionstendenzen;

- Patient M : Affekt durch Gleichgültigkeit bestimmt; Antriebseinschränkung mit Tendenz zu Verwahrlosung; immer häufiger Phasen läppischer, inadäquater Heiterkeit; Manierismen der Bewegung; Erregungsphasen mit erheblichen Aggressionsausbrüchen; homosexuelle Aktivitäten;
- Patient N : Unveränderte massive Vernachlässigung seines Äußeren; permanente Wahnproduktion, v. a. haptischen Inhalts, und halluzinatorische Beeinflussung mit primär hypochondrischer Prägung; erhebliche formale Denkstörungen in Form von Danebenreden; Wortneubildungen und Zerfahrenheit; zunehmende Auflösung des logischen und formalen Denkvermögens; Autismus; Neigung zu Negativismus; zunehmende Verschrobenheit im Verhalten; wobei seine Stimmung je nach Art des Wahninhalts zwischen euphorischer Heiterkeit und bedrückter Deprimiertheit schwankte; Interesselosigkeit; Antriebsverlust bei sich im Laufe der Zeit nur langsam bessernder Integrationsfähigkeit in die Arbeitstherapie; Affektnivellierung; Krankheitsuneinsichtigkeit; Beeinträchtigungsideen; Realitätsverlust, absurde Ideen;
- Patient O : Absurde Ideen; akustische Halluzinationen; paranoide Einstellung zur Umgebung; zunehmende psychomotorische Starre; affektive Nivellierung; Kontaktverarmung; Ver-

ad Herr O : wahrlosungstendenzen; Entwicklung von Größenwahn (Erfindungen); Autismus; Verfolgungsideen;

Patientin P: Wahnvorstellungen mit Beeinträchtigungsideen; Vergiftungsideen; Größenwahn; absurde Ideen; mangelnde Krankheitseinsicht; Affektinkontinenz; unmotiviertes Auflachen; Größenideen; Manier in Form von Waschzwang und Kaufzwang; paranoid bedingte Streitsüchtigkeit; Antriebsverarmung; Ambivalenz; Denkverarmung; impulsartige Aggressionsausbrüche; kindliche Sorglosigkeit;

Patientin Q: Religiöse Wahnideen; Führen von Selbstgesprächen; massive Störungen des formalen und inhaltlichen Gedankenganges; akustische Halluzinationen; Streitsucht; Abgelenktheit; Personenverkennung; uneinführbarer Affekt; läppisches Verhalten; Treiben von Schabernack; Verfolgungsideen; Beeinträchtigungsideen; Zunahme der Denkschwäche; Alkoholexzesse;

Patientin R: Wahngedanken; hochgradige Denkstörung; Ratlosigkeit; Gesperrtheit; Negativismus; Ambitendenz ; Unterlassungsmanieren (Nahrungsverweigerung z.B.); Antriebsverarmung; unmotivierte Aggressionen; Wahrlosungsneigung; Verhaltensmanieren; läppisch; verschoben; Personenverkennung; akustische Halluzinationen; Zunahme des

- ad Frau R : Autismus; Abgelenktheit durch Halluzinationen; Selbstgespräche; Fremdaggressionen; zunehmende Residualsymptomatik;
- Patientin S: Klagen über Denkverlangsamung; Beeinträchtigungsideen; hypochondrische Klagen, Interesselosigkeit; Äußerungen von Suizidgedanken; akustische Halluzinationen; Verfolgungs-ideen; plötzlich unmotiviertes läppisches Auflachen; mangelnde Pflege; Aggressionen; Verhaltensmanieren; hochgradiger Negativismus; Neigung zu Mutismus; Selbstgespräche; Größenideen;
- Patientin T: Affektinkontinenz; Denkzerfahrenheit; Ideenflucht; Konfabulationstendenz; Beeinträchtigungs- und Verfolgungs-ideen; absurde Ideen; Entwicklung eines läppisch-albernen Affektgebarens; Neologismen; akustische Sinnestäuschungen; gelegentlich Rededrang; Personenverkennung; haptische Halluzinationen;
- Patientin U: Häufig unmotiviertes und läppisches Auflachen; leere, starre Mimik; Ängstlichkeit; Hören von Stimmen, insbesondere imperativen Charakters; abweisendes Verhalten; Mutismus; Beeinflussungs-ideen; Suizidabsichten; Interessenverarmung; Antriebsschwäche; Aggressionstendenzen; intermittierende Apathie; zeitweilige Nahrungsverweigerung, was eine Zwangsernährung notwendig machte;

ad Frau U : Wechsel zwischen stuporösen Episoden und unberechenbaren, raptusartigen Erregungszuständen, welche nicht selten in massive Fremdaggressionen ausarteten; mißtrauisch; Krankheitsuneinsichtigkeit; stereotyper Entlassungswunsch infolge ihrer Kritik- und Urteilsunfähigkeit; Selbstgespräche; gelegentlich clownhaft-verschrobenes Verhalten und Grimassieren; Gesperrtheit; Affektinkontinenz; Verwahrlosungsneigung; Kontaktunfähigkeit; halluzinatorische Beeinflussung; formale Denkstörungen; Einbußen der intellektuellen Leistungsfähigkeit; Realitätsverlust; Verfolgungsideen; depressive Verstimmungen; Entfremdungserlebnisse; Personenverkennungen;

Patientin V: Völlige Unselbständigkeit; Kontaktunfähigkeit; läppisch-kindliches Verhalten bei merklicher Affektreduzierung; Haltungsverharren; Mutismus; extreme Antriebsverarmung; psychomotorische Einfrierung; völlige Lethargie; Erregungszustände; Desinteresse; Episoden völliger Apathie; Negativismus; spricht nur noch murmelnde Laute oder einige Worte in inadäquater Weise; extrem bruchstückhafte und telegrammstilartige Ausdrucksweise; Autismus; paranoide Vorstellungen; optische und haptische Halluzinationen;

Patientin W: Verwahrlosungstendenz; läppisch-unangepaßte Heiterkeit; verwaschene-unverständ-

ad Frau W : liche Sprache; Neologismen, Denkstörungen sowohl in formaler als auch in inhaltlicher Hinsicht; Wahnideen; Körpersensationen; krankheitsuneinsichtig; Antriebs- und Kontaktverarmung;

Patientin X: Wesensänderung hin zum abweisend-verschrobenen; fehlende Krankheitseinsicht; Suizidgedanken; Beziehungsideen; paranoide Verkennungen; mangelnde Pflege ihres Äußeren; Medikamenteverweigerung; stumpfe Verödung der Mimik; Affektreduktion; Antriebsminderung; Gleichgültigkeit; intermittierende Phasen läppischer Heiterkeit; Phasen der Ablehnung und des Negativismus; gelegentlich paranoid begründete Angstzustände; sinnloses Sammeln wertloser Dinge; unmotivierter Fremdaggressionen; Dissimulationstendenz;

Patientin Y: Psychomotorische Umtriebigkeit; Führen von Selbstgesprächen mit imperativen Stimmen; querulierendes Verhalten; Krankheitsuneinsichtigkeit; Drängen auf Entlassung; Nahrungsverweigerung; Episoden ausgesprochener Inaktivität; quälende akustische Halluzinationen; taktile Sinnestäuschungen; zunehmender Autismus; Mimikverarmung; zunehmende Bewegungsverarmung; Denkstörungen; Bewegungs- und Haltungsmanieren; Antriebsverarmung; Negativismus; Teilnahmslosigkeit; affektive Nivellierung; gelegentliche Erregungsausbrüche; Manieren des

ad Frau Y : Verhaltens; Äußerungen absurder Ideen;
starke Vernachlässigung der Körperpflege;

Patientin Z: Optische Halluzinationen; Selbstgespräche
mit imaginären Stimmen; Aggressionsneigung;
Größenideen; Affektlabilität; unmotivier-
te Verhaltensweisen wie unbegründetes La-
chen; Verfolgungsideoen; Gedankengang
sprunghaft und zerfahren; stuporöse Epi-
soden; maßlose Selbsterhöhungen und immer
einförmiger werdende Größenideen;
manierierte Sprache; wechselnder Affekt
von subeuphorisch bis zornig-gereizt;

4.7.3.0 Symptome zur Zeit der persönlich durchgeführten
Nachuntersuchung

Patient AA : Gleichgültig; interesselos; läppisch; antriebsverarmt; krankheitsuneinsichtig; autistisch; Dissimulationsneigung und Ambitendenz; verarmtes, ideenflüchtiges und inkohärentes Denken mit pseudophilosophischen Reden religiösen Inhalts, die der Patient überwiegend engagiert vorträgt; psychomotorisch verarmt; affektiv in läppisch-sorgloser Weise nivelliert bei gedrückter Grundstimmung; manierierte Sprache; syntaktische Störungen; Größenwahn (Sprachneubildung, welche der Patient "Esperanto" nennt; Größenideen religiöser Art); Gereiztheit mit Neigung zu Aggressivitäten;

Patient A : ungepflegtes Äußeres; Haltungsverfall; Neologismen; Autismus; querulierende Forderung auf Entlassung; krankheitsuneinsichtig; spricht ohne jegliche Modulation; abgestumpfter Affekt; unbelebte Mimik; verlangsamte Motorik; ideenverarmtes und ideenflüchtiges Denken mit deutlicher Neigung zu ambitendentem Antwortverhalten; Realitätsentfremdung; intermittierende, mit Wahngedanken einhergehende Aggressionsausbrüche und Verstimmungszustände;

Patient BB : Im äußeren Erscheinungsbild ordentlich; freudlose, ängstlich-mißtrauische Mimik;

ad Herr BB : ablehnend-dysphorische Grundstimmung bei unterschwelliger Gereiztheit; Neigung zu verbalen und tätlichen Aggressionausbrüchen; ratlose Ängstlichkeit; Entfremdungserscheinungen; Autismus und Mutismus, welche bei aktiver Kontaktaufnahme seitens seines Gesprächspartners zu brechen sind; Sprache syntaktisch und grammatikalisch gestört; erstarrende Mimik; Desinteresse; krankheitsuneinsichtig; motorische Verlangsamung; formale und inhaltliche Denkstörungen mit Beziehungs- und Beeinflussungs-ideen; optische und akustische Halluzinationen sind meist gegenwärtig, wenngleich der Patient diese zu dissimulieren versucht;

Patient B : Ungepflegtes äußeres Erscheinungsbild; freudlos-ernste und leblose Mimik; widerstrebend und querulatorisch; haftendes und unproduktives Denken; Manieren der Körperhaltung bei insgesamt verarmter Motorik; Antriebs- und Kontaktarmut; allgemeines Desinteresse; Affektnivellierung, dabei schwankt der Patient zwischen stumpfer Apathie und inadäquat erregtem Agieren; gesperrt-mißmutiges Verhalten; Kommunikationsunfähigkeit; formale und inhaltliche Denkstörungen; intermittierend auftretende akute Exazerbationen, verbunden mit Wahnideen, Erregungszuständen und erhöhter Aggressionsbereitschaft gegen seine Umwelt;

Patient CC : Plump-zutraulich; verarmte Mimik, welche höchstens noch ein läppisches Grinsen zeigt; Mangel an Konzentration; Patient verfällt häufig in eine weitschweifige Geschwätzigkeit, wobei er ideenflüchtig vom Thema abweicht; haptische Wahnideen und Beeinträchtigungsideen, welche von dem Patienten mit doch lebhaftem Affekt vorgebracht werden, mitunter sogar mit Änderung der sonst stumpfen Mimik; unartikulierte, murmelnde Sprache; Antriebsverarmung; Interesselosigkeit; ausgeprägte formale und inhaltliche Denkstörungen; Autismus; latente subaggressive Grundstimmung; keine echte Krankheitseinsicht; Denkverarmung;

Patient C : Zuletzt waren folgende Symptome vordergründig: querulatorisch-anklagende Note seiner Äußerungen, die der Patient in einem kaum zu stoppenden Redefluß vorträgt; formale Denkstörungen im Sinne von Ideenflucht und Danebenreden; die agrammatische Sprache wirkt manieriert; gewollte Neologismen; Konzentrationsmangel; psychomotorische Unruhe; autistisch-zurückgezogene Lebensweise; Kontaktarmut; Verschrobenheit; Affektnivellierung; Antriebsverlust; Mimik- und Gestikverarmung; Manieren (z.B. ständiges Aufzählen von Namen, Adressen, Zahlen); Verwahrlosungsneigung; intermittierende Aggressionsneigung; Patient produziert hinsichtlich

ad Herr C : Rauchen und Sexualität wahnhaftige Theorien,
die ihn zu beeinträchtigen scheinen;

Patient DD : Lässig-sorglos, lässig-heiter im Ver-
halten; gelegentlich dreist-abweisende
Reaktionen mit verbalen Aggressionen;
Antriebs- und Kontakthemmung; Autismus;
Affektlabilität; Konzentrationsunfähig-
keit; ethischer Zerfall; erhebliche Denk-
störungen (Denkhemmung, haftendes Denken,
Perseveration, paralogisches Denken);
Sprache grammatikalisch und syntaktisch
gestört; erhebliche Auffassungsschwierig-
keiten; massive Schwäche im logisch-ana-
lytischen und kombinatorischen Denken;
Gleichgültigkeit; mitunter Echolalie;
Urteils- und Kritikunfähigkeit; ausge-
prägte Suggestibilität;

Patient D : Im Gespräch freundlich zugewandt; ist völ-
lig in unproduktive Wahnideen eingefangen;
Denken insbesondere in Form von haftendem
Denken; Ideenflucht und Paralogie gestört;
affektive Versandung mit lässiger Heiter-
keit; auf Ansprache entwickelt der Patient
häufig einen Rededrang; psychomotorische Un-
ruhe; Aggressionsneigung; Kontakteinschrän-
kung; Suggestibilität; fehlende Urteils-
und Kritikfähigkeit; Größenideen, ver-
mehrte Expressivbewegungen; adynamische Motorik;
autistische Zurückgezogenheit; Initiative-
und Interesslosigkeit;

- Patient E : Ungepflegtes äußeres Erscheinungsbild; erhebliche, kaum zu beschreibende Grimassen des Gesichtes bei grimmiger und mürrischer Gesamtmimik; Zunahme der sonstigen psychomotorischen Unruhe des Patienten bei unangenehmen Fragen, was als Expressivbewegungen zu werten ist; allgemein läßt sich die zu beobachtende Parakinetik am besten mit faxenhaft beschreiben; Denkfähigkeit merklich eingeschränkt; negativistische Tendenzen mit sprachlichen Schimpfattacken und gelegentlichen Fremdaggressionen; Kontaktarmut; stereotypes Drängen auf Entlassung; dysphorische Grundstimmung; autistische Zurückgezogenheit; Suizidäußerungen; Affekt- und Antriebsverarmung; formal gestörter und verarmter Gedankengang;
- Patient F : Hauptsymptome sind: Antriebshemmung, Kontaktlosigkeit und Autismus sowie starrregungslose Motorik; Mimikverarmung; Bewegungs- und Unterlassungsmanieren; krankhaftes Mißtrauen gegenüber der Umwelt;
- Patient G : Negativistische Ablehnung; Mißmut, Antriebs- und Kontaktmangel; affektive Nivellierung mit ethischer und geistiger Abstumpfung; Autismus; Interessenverlust; ausgeprägte Gleichgültigkeit; stereotypes Fordern nach Entlassung; Kritiklosigkeit; verlangsamte, adynamische Motorik; Auftreten psychotischer Erregungszustände mit brutalen Fremdaggressionen und paranoider

- ad Herr G : Einstellung; Denkverarmung; formale Denkstörungen; Verwahrlosungsneigung;
- Patient H : Am auffälligsten zunächst die nahezu unbeschreibliche und vor allem nicht deutbare psychomotorische Unruhe mit Gestikulationen und Grimassen, bemerkenswert dabei das seltsame Spiel der oberen Gesichtshälfte, insbesondere der Augen; stoßweise Sprache mit unvollständiger, telegrammstilartiger Satzbildung; eine geordnete Unterhaltung ist unmöglich, so daß das Denken nur schwer zu beurteilen ist; Bewegungsmannerismen; kurze, bruchstückhafte Ausdrucksweise mit grammatikalischen und syntaktischen Fehlleistungen; inkohärentes, sprunghaftes Denken; unerhebliche Störung der logischen Denkfähigkeit; gelegentliche Verstimmungs- und Erregungszustände mit Beeinträchtigungsgefühlen und Fremdaggressionen;
- Patient I : Gleichgültigkeit; läppische Heiterkeit; Desinteresse; Echolalie; plumpe Dreistigkeit; affektive Verarmung; ausgeprägte Suggestibilität; Antriebsverminderung; alogisches Denken; Ablenkbarkeit;
- Patient J : Negativismus; gereizt; aggressiv; geistesabweisender Blick; Mimikstarrheit; feindselig-bösartige Grundstimmung; Gereiztheit wird durch nervöse Motorik ausgedrückt; bruchstückhafter Satzbau; Daneben-

- ad Herr J : reden; das Denken ist wegen mangelnder Antwortbereitschaft schwerlich beurteilbar, sicherlich jedoch extrem gestört;
- Patient K : Inadäquat-läppisches Gesamtverhalten; Patient versucht durch Clownerien auf sich aufmerksam zu machen; hyperkinetische Psychomotorik bei insgesamt verlangsamtem Bewegungsablauf; Konzentrationsschwäche; Perseverationsneigung; Ambitendenz; affektive Abstumpfung; ethischer Abbau; erhebliche Denkstörungen mit Klangassoziationen;
- Patient L : Psychomotorische Verlangsamung; Kontaktverarmung; steifes und undurchdringliches Mienenspiel; affektive Abgestumpftheit; Autismus; Sprachträgheit mit mangelnder Antwortbereitschaft; stotternde Sprache; formale und inhaltliche Denkstörungen; ziellos;
- Patient M : Patient wirkt schüchtern-scheu; läppisch im Verhalten; clowneske Bewegungen; ungeordneter, formal und inhaltlich gestörter Gedankengang; Ambitendenz zwischen Äußerungen und Verhalten; Interesseverlust; Antriebschwäche; polternder Sprachstil; stereotype Entlassungsforderung; Krankheitsuneinsichtigkeit; suggestibel;
- Patient N : Patient wirkt gedrückt-deprimiert in seiner Stimmung und scheu-gehemmt im Verhalten; stark reduziertes Kontaktstreben; Autismus;

ad Herr N : affektive Koppelung an seine Wahnideen bei sonst eingengter affektiver Schwingungsbreite; gedankliche Haftung an seine Wahnideen; Halluzinationen somatischer Prägung; zahlreiche sprachliche Fehlleistungen; ausgeprägte produktive Wahnsymptomatik in Form von Erklärungs-, Beeinträchtigungs-, Beziehungs- und absurden Ideen; formale Denkstörungen; kritik- und urteilsunfähig; Antriebsverarmung; Einbußen der intellektuellen Leistungsfähigkeit;

Patient O : Unterhaltung mit dem Patienten gut möglich; Denken und Sprache nur wenig gestört; zur Zeit der Nachuntersuchung nicht besonders auffällig, wobei beim Patienten zwischen ruhigen und akuten Episoden unterschieden werden kann; akute Phasen sind gekennzeichnet durch: gedrückt-depressive Grundstimmung, gehemmt-verschrobenes Lachen, Krankheitsuneinsichtigkeit, Verfolgungsideen, akustische Halluzinationen imperativen Charakters, Beziehungsideen, Beeinträchtigungsideen, Zwangshandlungen (z.B. Frauen nachzugehen), Suizidgedanken; intermittierende psychotische Exazerbationen mit drohenden verbalen und auch tätlichen Aggressionen; Kontaktreduktion; gleichgültig; realitätsfremd; z.Zt. ausgeprägte Dissimulierungstendenz aufgrund eines permanenten Entlassungswunsches; allgemeine Mimik- und Gestikverarmung;

Patientin P : Kindlich-albern und kindlich-läppisch im Gesamtverhalten; Antriebsmangel; nachlässig in der Aussprache bei mangelnder Sprechbereitschaft; Gleichgültigkeit; formale und inhaltliche Denkstörungen; Größenideen; Initiativelosigkeit; Kritik- und Urteilsunvermögen; Kontaktverarmung; Ambivalenz; Affektnivellierung; verarmte Motorik; realitätsfremd; leblose Mimik und Gestik; Dissimulation der Wahngedanken;

Patientin Q : Asoziales Verhalten mit extremer Streitsüchtigkeit; Imponiergehabe; distanzlos-plump; ungepflegtes Äußeres; läppisches Lächeln; manierierte Sprache; verworrener Rededrang; keine Krankheitseinsicht; absurde Ideen; Denkverarmung; Ablenkbarkeit; Pseudohalluzinationen;

Patientin R : Depressive Grundstimmung; innere Abgelenktheit; ungepflegt im äußeren Erscheinungsbild; unüberlegtes Drauflosreden; Kontaktverarmung; autistische Zurückgezogenheit; leblose Mimik; affektive Abstumpfung; psychomotorische Verlangsamung; grobe inhaltliche und formale Denkfehler; Ambitendenz; Echolalie;

Patientin S : Im Vordergrund steht die ausgeprägte Residualsymptomatik: Antriebsverarmung; Initiative- und Spontaneitätsverlust; Gleichgültigkeit; Interessenmangel; Autismus; Sprach- und Bewegungsarmut;

ad Frau S : affektive Nivellierung; starr-steife Motorik; Sprach- und Denkstörung;

Patientin T : Fad-freudlose Grundstimmung; affektive Nivellierung; Denkverarmung und vergrößertes Denken; formale Denkstörungen wie Ideenflucht und Gedankenspringen und Inkohärenz; kaum zu stoppender Redefluß; läppische Heiterkeit; Querulationstendenzen;

Patientin U: Ungepflegtes äußeres Erscheinungsbild; Kontaktverarmung; Desinteresse; Gleichgültigkeit; mürrisch-ablehnend im Verhalten; zögernd-schwerfällige und insgesamt verarmte Motorik; Autismus; mutistische Tendenz; gelegentlich steif-freundliches und läppisch-verschrobenes Lächeln; stereotypes Nesteln mit den Händen; latente Gereiztheit; erstarrte Mimik; gesperrt; Antriebs- und Initiativeverlust; Neigung zu Negativismus; Affektnivellierung; intermittierende Verstimmungszustände mit Gereiztheit und potentieller Aggressivität; stereotyper Entlassungswunsch; keine Krankheitseinsicht; Urteils- und Kritikunfähigkeit; Realitätsverlust; Ambitendenz; Querulationstendenz, die aber mehr als manierierte Betätigung erscheint; formale Denkstörungen; verarmtes Denken; nicht eindeutig eruierbare inhaltliche Denkstörungen; bruchstückhafte, syntaktisch und grammatikalisch gestörte Sprache;

- Patientin V : Manieren des Handelns; unnatürliche Bewegungsabfolge; ungepflegtes Äußeres; manierierte Gesichtsmotorik; mangelnde Antwortbereitschaft; Negativismus; Murmeln; undeutliche Sprechweise; zerfahrener, zusammenhangloser Gedankengang; Urteils- und Kritikunfähigkeit; optische, akustische und hypochondrische Halluzinationen; inadäquates Lachen bei deutlicher Affektabstumpfung;
- Patientin W : Schwer kontaktfähige Patientin; undurchdringliche, maskenhafte Mimik; psychomotorische Starre; Residualsymptomatik wie Interesselosigkeit, Antriebsverlust, affektive Verarmung, negativistische Tendenz; mangelnde Antwortbereitschaft; erhebliche formale und inhaltliche Denkstörungen; Neologismen; Wahngedanken; Körpersensationen;
- Patientin X : Autistische Zurückgezogenheit; Desinteresse; Antriebslahmheit; adynam-hölzerne Motorik; moros-dysphorische Grundstimmung; läppische Verschrobenheit; querulatorisch; mimik- und gestikarm; mangelnde Kontaktfähigkeit; sprachliche Fehlleistungen; Denkverarmung; mangelnde Urteils- und Kritikfähigkeit;
- Patientin Y : Haltungsstereotypie; Verhaltensmanieren; enorme Bewegungsverarmung; steif-starre Mimik; Mutismus; Substupor; Negativismus;

ad Frau Y : Affektnivellierung; formale Denkstörungen im Sinne von haftendem Denken; Verschwommenheit, Gedankenabreißen und Gedankenspringen, wenngleich die mangelnde Antwortbereitschaft bei der Interpretation des Denkens berücksichtigt werden muß;

Patientin Z : Kindlich-pubertäres Imponiergehabe; Logorrhoe; unsystematische Wahnideen mit Betonung der maßlosen Größenideen, welche einförmig und leer wirken; manierierte Sprechweise; Beziehungs-, Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen; unproduktives und ausgeprägt alogisches Denken; Neologismen; Verbigeration; verlangsamte, unkoordinierte Psychomotorik; wechselnde Stimmungslage; Vernachlässigung der Körper- und Kleiderpflege;

4.7.4.0 Symptome unter Berücksichtigung des Gesamtverlaufes mit anschließender Diagnosestellung

Patient AA : Die genannten Symptome waren in unterschiedlicher Ausprägung nahezu immer vorhanden und zwar mit der folgenden Besonderheit im Gesamtverlauf: Gerade der Affekt war nicht einfach nivelliert, denn seine religiös gefärbte Pseudophilosophie trug er stets mit Engagement vor, und aus seiner anfänglich ängstlichen Agitiertheit entwickelte sich allmählich Gereiztheit mit Aggressionsneigung und wahnhaften Beziehungs- und Verfolgungsideen. Sinnestäu-

ad Herr AA : schungen, welche er während der ersten Jahre immer wieder äußerte, verneint er inzwischen, wobei aber die deutliche Dissimulationsneigung unverkennbar ist. Auch Größenideen sind bei dem Patienten, dessen Grundstimmung als subdepressiv beschrieben werden kann, immer vorhanden. Typisch ist auch der alogische Gedankengang des Kranken, so daß Inkohärenz und Ideenflucht das Gesagte meist sinnlos werden lassen. Die manierierte Sprache weist nicht selten syntaktische Störungen auf.

Diagnose: Paranoide Schizophrenie mit besonderer Affektkontinenz.

Zunächst schubförmiger Verlauf mit nachfolgender chronischer Progredienz.

Patient A : Zunehmende Verwahrlosungstendenz; fortschreitende affektive Verflachung mit zunehmend asozialem Verhalten in Form von Rohheiten gegenüber Mitpatienten, außerdem Fremdaggressionen; verarmtes und ideenflüchtiges Denken; modulationslose Sprache und allmählich einfrierende Mimik; im Vordergrund steht neben der Krankheitsuneinsichtigkeit die querulatorische Forderung auf Entlassung aus der stationären Behandlung;

Diagnose: Hebephrene Unterform der Schizophrenie.

Im Längsschnitt schleichend progredienter Verlauf.

Patient BB : Mangelhafte Körperpflege ohne fremde Hilfe; Autismus; Desinteresse und Ablehnung; deutliche Stimmungsliabilität mit ausgeprägter Neigung zu tätlichen Aggressionen, welche auf die vermutlich immer vorhandenen optischen und akustischen Halluzinationen zurückzuführen sind; erheblicher Aktivitätsverlust mit sorglosem Desinteresse bezüglich seiner Zukunft; erhebliche Beeinträchtigung des kritischen und realistischen Denkens;

Diagnose: Hebephrenie.

Schubweiser Verlauf mit nachfolgender Chronizität.

Patient B : Unter Beachtung des Gesamtverlaufes der Erkrankung des Patienten sind folgende Hauptsymptome zu nennen: einförmig-ideenarmes Denken; widerstrebendes und querulatorisches Verhalten mit zunehmendem ethischen Verfall, der sich in mangelndem Gemeinschaftssinn und Aggressionsausbrüchen zeigt; die Affektabstumpfung wird auch durch seine mürrisch-freudlose Mimik unterstrichen; Manieren oder Körperhaltung;

Diagnose: Hebephrenie.

Chronisch progredienter Verlauf.

Patient CC : Auffällig neben den immer wieder auftretenden z.T. grotesken Körpersensationen und den sich daraus ableitenden Beeinträchtigungsideen

ad Herr CC : und Verfolgungsideen, wie auch der Denk-
entgleisung bei allgemeiner Denkverarmung,
ist heute hauptsächlich die schizophrene
Residualsymptomatik erkennbar.

Diagnose: Hebephrene Unterform der Schizo-
phrenie mit paranoid-halluzina-
torischer Komponente.

Verlauf: schleichende Progredienz
mit chronischem Ausgang.

Patient C : Unproduktive, einförmige Denkweise mit zahl-
reichen Entgleisungen; querulatorisches Ver-
halten; Manierismen der Sprache und des
Handelns; Aggressionsneigung; freudlos-
ernste Stimmung;

Diagnose: Hebephrene Schizophrenie.

Schleichend zur Chronizität
führender Verlauf.

Patient DD : Alogisches und unproduktives Denken mit
erheblich gestörter Sprache in Form von
Agrammatismus und syntaktischen Fehlleis-
tungen. Die affektive Verflachung zeigte
sich in unkritisch-zufriedenem und läp-
pisch-heiterem Gebaren mit zahlreichen ver-
balen Aggressionen und Belästigungen an-
derer Patienten. Die ethische Verflachung
trat immer wieder in einer allgemeinen Un-
gehemmtheit in Erscheinung, wobei der Pa-
tient zu sexueller Deviation im Sinne von
Homosexualität und Exhibitionismus neigte.

ad Herr DD : Die Aktivität ist seit jeher in jeglicher Form stark eingeschränkt.

Diagnose: Hebephrenie.

Der Verlauf der Krankheit war von Beginn an chronisch progredient.

Patient D : Ideenverarmtes Denken mit erheblichen formalen und inhaltlichen Störungen aufgrund seiner Halluzinationen, welche jedoch eher Pseudohalluzinationen zu sein scheinen mit dem Ziel einer Selbsterhöhung: Ein Indiz hierfür ist der einförmige Größenwahn. Die affektive Verflachung geht einher mit einer läppisch-sorglosen Zufriedenheit. Episodenhaftes Auftreten akuter Exazerbationen mit Aggressionsausbrüchen. Außerdem entwickelte sich eine, wie beschrieben, ausgeprägte Residualsymptomatik, wobei die Suggestibilität des Patienten ein hervorstechendes Merkmal darstellt.

Diagnose: Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie mit 'spätem' Beginn und nachfolgender chronischer Progredienz.

Patient E : Neben der heute bestehenden Residualsymptomatik mit Kontaktverarmung, autistischer Zurückgezogenheit, Affekt- und Antriebsverarmung, Interesseneinschränkung, Neigung zu Negativismus, was in verbale und tätliche

ad Herr E : Aggressionen ausarten kann, ist im Gesamtverlauf der gestörte Bewegungsablauf, der sich kontinuierlich entwickelte, am auffälligsten. Wurden die Bewegungsanomalien anfangs noch nebenbei erwähnt, kristallisierten sie sich bald als zentrales Symptom bei dem Patienten heraus. Die kaum zu beschreibenden Grimassen des Gesichts, der Arme und Beine müssen allerdings im Zusammenhang mit dem betrachtet werden, was der Patient ausdrücken möchte. Es sind demnach nicht einfach Faxen, sondern Pendants für Gefühlszustände.

Diagnose: Schizophrenie aus dem katatonen Formenkreis mit hyperkinetischem Bewegungsablauf.

Verlauf: schleichender Beginn mit chronischem Ausgang.

Patient F : Neigung zu Mutismus; Unterlassungsmanieren wie Medikamenten- und Nahrungsverweigerung; stereotype Bewegungsformen im Sinne von Bewegungsmanieren bei insgesamt erstarrter Gesamtmotorik; Affekt geprägt durch negativistische Lebenseinstellung; Denken scheint nur wenig gestört, läßt sich aber aufgrund des Negativismus nur schwer beurteilen;

Diagnose: Katatone Schizophrenie.

Chronisch progredienter Verlauf nach schleichendem Beginn.

Patient G : Verarmtes Denken, gelenkt von Beeinflussungs-
ideen; unberechenbar im Verhalten; zum einen
deutlicher Negativismus und Autismus, zum
anderen wieder Episoden der Aufgeschlossen-
heit, welche sogar eine Gesprächigkeit nach
sich zieht bei sonstiger Wortkargheit; af-
fektive Versandung mit unberechenbaren bru-
talen Aggressionsausbrüchen; im motorischen
Ablauf fallen besonders das Nebeneinander
von Akinese und Hyperkinese auf, allerdings
mit Überwiegen der Akinese;

Diagnose: Schizophrenie des katatonen For-
menkreises.
Schleichende Progredienz des
Verlaufes.

Patient H : Ausgeprägte motorische Unruhe mit z.T.
faxenhaft-verzerrten Bewegungen, wobei
allerdings auch vielerlei Manieren fest-
stellbar sind; gleichzeitig erhöhte Bereit-
schaft zum Hantieren; die Parakinesen
scheinen den Affekt widerzuspiegeln; Denk-
störungen; sprachliche Auffälligkeiten mit
häufigen grammatikalischen und syntaktischen
Störungen; ausgeprägte Residualsymptomatik;

Diagnose: Katatone Schizophrenie.
Verlauf: Schleichender Beginn mit
nachfolgender chronischer Fortent-
wicklung.

Patient I : Läppisch-sorglose Heiterkeit; unproduktives Denken; einförmige Satzbildung; enormer ethischer Zerfall mit Neigung zu kindlichen Streichen; initiativelos und autistisch; realitätsfremd; ziellos; Sammeltrieb; Eigenheiten der Sprache und des Verhaltens;

Diagnose: Schizophrenie aus dem hebephrenen Formenkreis.

Seit Beginn der Erkrankung chronisch progredienter Verlauf.

Patient J : Die akustischen und optischen Halluzinationen scheinen den Patienten mittlerweile so stark abzulenken, daß ein geordnetes Gespräch nicht mehr zustande kommen kann; Negativismus; im Gesamtverhalten träge und asponan; erhebliche Aggressionen während häufiger Erregungsausbrüche; die Gesamtmotorik zeigt in Form der Starrheit die geschilderte Abgelenktheit.

Diagnose: Systematische katatone Schizophrenie.

Schubweiser Verlauf zu chronischer Entwicklung.

Patient K : Bei systematischer Aneinanderreihung aller Symptome ergibt sich unschwer folgende

Diagnose: Hebephrenie.

Chronizität nach zunächst schubweisem Verlauf.

Patient L : Starke Denkstörung; stumpfsinnige und ernst-zurückgezogene Lebensweise; Kontaktabbruch zu den Angehörigen; starke Neigung zu Verstimmungsausbrüchen mit aggressiver Bereitschaft; extremer Aktivitäts- und Affektverlust;

Diagnose: Hebephrenie.

Schleichender Beginn mit nachfolgender fortschreitender Chronizität.

Patient M : Die zeitliche Auflistung der unter 4.7.1.0 bis 4.7.3.0 genannten Krankheitssymptome führt eindeutig zu folgender

Diagnose: Hebephrene Unterform der Schizophrenie.

Die Krankheit begann schleichend und führte zur Chronizität.

Patient N : Reiht man alle Symptome aneinander, die sich im Längsschnitt der Erkrankung zeigten, unter besonderer Berücksichtigung der stets auftretenden somatischen Halluzinationen, absurden Wahngedanken und akustischen Beeinflussungen, die der Patient unbelehrbar und z.T. affektgebunden vorträgt, bei sonst stark abgestumpfter Affektlage, ergibt sich unschwer folgende

Diagnose: Paranoid-halluzinatorische

ad Herr N : Schizophrenie.
Verlauf: akut in Schüben zu
chronischer Progredienz.

Patient O : Extremer Wechsel zwischen ruhigen und akuten Episoden, während derer besonders paranoid geprägte Gespräche und Aggressionen auffällig sind; Mimik- und Gestikverarmung; in ruhigen Phasen scheint das Denken wenig gestört; Beziehungs-, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen in Akutstadien bei Dissimulierungstendenz in "ausgeglichenen" Phasen; Größenwahn; Autismus; Kontaktschwierigkeiten; Urteilsunvermögen; emotionale Gleichgültigkeit;

Diagnose: Hebephrenie.
Chronisch progredienter Verlauf.

Patientin P : Antriebsarmut; Interesselosigkeit; Kritik- und Urteilsschwäche; affektive Nivellierung bei läppisch-sorglosem Verhalten; Denkverarmung; vermutlich paranoid gefärbte Aggressionsausbrüche mit Tötlichkeiten; emotionale Verflachung; Aktivitäts- und Initiativeverlust;

Diagnose: Hebephrene Unterform der Schizophrenie.
Akuter Beginn mit nachfolgendem
schleichendem Verlauf.

Patientin Q : Manieren der Haltung, Bewegung und Sprache; Auftreten von Halluzinationen, wobei es sich möglicherweise um Pseudohalluzinationen handelt, und absurd-phantastischen Ideen, Beeinträchtigungs-, Beeinflussungs- und Verfolgungsideen, allesamt meist erotischen Inhalts; Patientin zeigt Bestrebungen, die Aufmerksamkeit der Umgebung auf sich zu lenken; unproduktives Denken; affektive Verarmung mit teils läppisch-verschrobener Zufriedenheit und andererseits extremer Tendenz zu asozialem, nicht integrationsfähigem Verhalten.

Diagnose: Hebephrenie mit paranoid-halluzinatorischer Komponente.
Verlauf in Schüben zur Progredienz.

Patientin R : Kontakt- und Antriebsminderung; Autismus; Verschrobenheit im Verhalten; Affektinkontinenz; gelegentlich Fremdaggressionen während akuter Verstimmungszustände; Wahnstimmung; Mimikreduktion; Denkstörungen; syntaktisch gestörte Satzbauweise; Manierismen der insgesamt verlangsamten Psychomotorik.

Diagnose: Hebephrenie.
Schubweiser Verlauf, der zur Chronizität führte.

Patientin S : Denkveränderungen, welche die Patientin selbst beklagte, steigerten sich bis zu ausgeprägter Denkstörung sowohl in inhaltlicher als

ad Frau S : auch formaler Hinsicht; Entwicklung einer ausgeprägten Antriebsverarmung; Initiativeverlust; ethische und affektive Versandung; Sprach- und Bewegungsarmut; Autismus; Kritiklosigkeit; Verhaltensmanieren; Verwahrlosungsneigung; akustische Halluzinationen und paranoide Ideen, die aufgrund einer Dissimulierungsneigung nicht immer eruierbar sind;

Diagnose: Hebephrenie.

Schleichender Beginn mit nachfolgendem chronisch progredienten Verlauf.

Patientin T : Neben der Entwicklung der Residualsymptomatik waren in unterschiedlichen Zeitabständen bei der Patientin halluzinatorisch bedingte Wahnideen im Sinne von Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen zugegen; das Denken wurde immer mehr formal wie auch inhaltlich gestört; trotz des ratlosen und zeitweise läppischen Verhaltens entwickelte die Kranke zusehends einen Rededrang; Personenverkennung;

Diagnose: Hebephrenie mit paranoid-halluzinatorischer Komponente.

Verlauf: chronische Progredienz nach mehreren akuten Schüben.

Patientin U : Von Beginn der Krankheit an (1946) stand Frau U's autistisch-zurückgezogenes Verhalten und ihre leichte Reizbarkeit, die z.T. mit aggressiven Verstimmungszuständen einherging, im Vordergrund der Symptomatik. Dagegen wurde die anfangs mehr paranoid-halluzinatorische Komponente im weiteren Verlauf der Erkrankung zusehends von der sich ausgeprägt entwickelnden Residualsymptomatik überdeckt, wie z.B.: undurchsichtig-erstarrte Mimik; Antriebs-, Interessen- und Aktivitätsverlust; Verwahrlosungsneigung; Kontaktarmut; schwere formale Denkstörungen; Querulationstendenz; mitunter läppisch-verschrobene Freundlichkeit; stereotyper Entlassungswunsch; Affektnivellierung; Manieren der Bewegung und des Verhaltens; Denkverarmung;

Diagnose: Schizophrenie aus dem hebephrenen Formenkreis.

Schleichender Beginn mit Übergang in einen chronisch fortschreitenden Prozeß.

Patientin V : Zunehmende Manieren der Haltung bis zum Haltungsverharren in vorgegebener Stellung und Manieren des Handelns; Autismus; Desinteresse; Negativismus; zunehmender Mutismus; sprachliche Störungen mit Agrammatismus und syntaktischen Fehlleistungen; extreme Denkstörung mit Ideenflucht, Inkohärenz, Vorbeireden und Abgelenktheit;

ad Frau V : Kritik- und Urteilsunvermögen; Halluzinationen; bizarr manierterter Bewegungsablauf, besonders der Hände und des Gesichtes; Stereotypie bis Iteration der Motorik; bruchstückhafte Satzbauweise;

Diagnose: Katatone Schizophrenie mit motorischer Hyperkinese.
Chronische Progredienz des Verlaufes.

Patientin W : Die Gesamt-Symptomatik ergibt sich aus der Aneinanderreihung der unter 4.7.1.0 bis 4.7.3.0 aufgelisteten Hauptauffälligkeiten.

Diagnose: Katatonie.
Schleichender Beginn mit Übergang zur Chronizität.

Patientin X : Verschroben-querulatorische Verhaltensweise; paranoid begründete Beeinflussungsideen; zunehmende Denkverarmung mit erheblichen Störungen des formalen und inhaltlichen Denkens; affektive Verödung; Mimikerstarrung; Aggressionsneigung; Suizidgedanken; Sammeltrieb; Autismus; Interessenverarmung; Kritik- und Urteilsverlust; psychomotorische Verlangsamung;

Diagnose: Hebephrenes pathopsychologisches Zustandsbild.
Schubweise zu Chronizität führender Verlauf.

Patientin Y : Autismus; Negativismus mit häufiger Nahrungs-
verweigerung; immer deutlicher werdende
Änderung der Motorik in Form von Bewegungs-
verarmung und Manieren der Haltung; Manie-
ren des Verhaltens; ausgeprägt motorische
Starre; formale und inhaltliche Denkstörun-
gen; affektive Nivellierung; gelegentlich
inadäquat läppisch-heiter;

Diagnose: Katatone Schizophrenie mit Mo-
torikverarmung.

Verlauf: schubweiser Beginn und
nachfolgende fortschrei-
tende Chronizität.

Patientin Z : Typische Residualsymptomatik; im Laufe der
Krankheitsentwicklung kristallisierte sich
immer deutlicher die Einförmigkeit der
Wahnideen in Form von maßlosen Größenideen,
Beziehungs-, Erklärungs- und Beeinträch-
tigungs-ideen heraus; alioquies Denken mit
absurden Ideen; Konfabulationstendenz;
Logorrhoe; Suggestibilität; Manieren der
Sprache und des Verhaltens; Abstumpfung des
Affekts; allgemeine Denkvergrößerung;

Diagnose: Paranoid-halluzinatorische
Schizophrenie.

Phasenhafter Verlauf mit Über-
gang in Chronizität.

4.8.0.0 Festgestellte Symptome auf einen Blick

Der Vollständigkeit halber werden wir noch die bei der Nachuntersuchung gefundenen Symptome - jeweils getrennt für die überlieferten Unterformen - tabellarisch auflisten. Dabei wird ein Patient in einer Symptomenzeile nur dann aufgeführt, wenn das dazugehörige Symptom eine extreme Ausprägung zeigt.

4.8.1.0 Hauptsymptome der HEBEPHRENIE zur Zeit der Nachuntersuchung

4.8.1.0 Tabelle "Hebephrene Hauptsymptome"

SYMPTOME	PATIENT PATIENTEN															
	A	BB	CC	DD	EE	FF	GG	HH	II	JJ	KK	LL	MM	NN	OO	PP
DENKSTÖRUNGEN																
normal	1	3B	3	3C	3	3D	3	3E	3	3F	3	3G	3	3H	3	3I
SPRACHSTÖRUNGEN																
einförmiger Satzbau	1	3B				3D	3	3E	3	3F	3	3G	3	3H	3	3I
"moduliert" (Stimmänderung)	1	3B	3	3C	3	3D	3	3E	3	3F	3	3G	3	3H	3	3I
Stereotypien	1															
Neologismen	1															
überwiegend seltsames Redemittel	1	3B	3	3C	3	3D	3	3E	3	3F	3	3G	3	3H	3	3I
dramatische Störungen	1	3B	3	3C	3	3D	3	3E	3	3F	3	3G	3	3H	3	3I
"Autismus" (besonders Neologismen)	1	3B														
Störungen d. Syntax	1	3B	3	3C	3	3D	3	3E	3	3F	3	3G	3	3H	3	3I
AKTIVITÄTSVERÄNDERUNGEN																
psychomotorische Verunsicherung	1	3B	3	3C	3	3D	3	3E	3	3F	3	3G	3	3H	3	3I
mit all. Verengung	1	3B	3	3C	3	3D	3	3E	3	3F	3	3G	3	3H	3	3I
"Zurückgebildetheit", Autismus	1	3B	3	3C	3	3D	3	3E	3	3F	3	3G	3	3H	3	3I
Hyperaktivität	1	3B	3	3C	3	3D	3	3E	3	3F	3	3G	3	3H	3	3I
"Verwirrtheit", "Ständiger"	1	3B	3	3C	3	3D	3	3E	3	3F	3	3G	3	3H	3	3I
"Störungen", "Autismus", "Schizophrenie"	1	3B	3	3C	3	3D	3	3E	3	3F	3	3G	3	3H	3	3I

4.8.2.0 KATATONE Hauptsymptome zur Zeit der Nachunter-
untersuchung

SYMPTOME	P A T I E N T / P A T I E N T I N									
	S	E	F	G	H	J	V	W	Y	
DENKSTÖRUNGEN inhaltlich	S	E	F	G	H	J	V	W	Y	
Formal	S	E	F	G	H	J	V	W	Y	
SPRACHVERÄNDERUNGEN grammatikalische und syntaktische Störungen			F		H	J	V	W		
Rededrang										
Mutismus, -neigung	S	E	F	G	H	J	V	W	Y	
Neologismen								W		
Murmeln			F	G	H	J	V	W	Y	
VERÄNDERUNGEN der AKTIVITÄT und MOTORIK										
haltungsstereotypien			F						Y	
Starrheit			F	G			V	W	Y	
Initiative-, Interessenmangel	S		F	G	H	J	V	W	Y	

4.8.2.0 Fortsetzung der Tabelle "Katatone Hauptsymptome"

SYMPTOME	PATIENT / PATIENTIN									
	E	F	G		J	V	W			
Verwahrlosungstendenz	E				J	V	W			
Autismus / Kontaktarmut	E				J	V	W			Y
Hyperkinesen	E				J					
Parakinesen	E				J					
Haltungsverfall	E				J	V				Y
Negativismus	E				J	V	W			Y
Manieren	E				J	V	W			Y
AFFEKTVERÄNDERUNGEN										
Aggressionsneigung	E				J	V				
Stupor										Y
allg. Nivellierung	E				J	V	W			Y
MIMIKVERÄNDERUNGEN										
abgelenkt	E				J	V				
feindselig					J		W			
grimassierend	E				J	V				
maskenhaft					J		W			Y
SINNESTÄUSCHUNGEN										
						V	W			

4.8.3.0 Hauptsymptome der PARANOID-HALLUZINATORISCHEN Schizophrenie zur Zeit der Nachuntersuchung

SYMPTOME	PATIENT / IN			
DENKSTÖRUNGEN inhaltlich	AA	D	N	Z
formal	AA	D	N	Z
STÖRUNGEN DER WAHRNEHMUNG Illusionen				
Halluzinationen				
akustisch	AA			Z
optisch				
gustatorisch				
olfaktorisch				
hypochondrisch		D	N	
VERÄNDERUNGEN der AKTIVITÄT und MOTORIK				
Initiativemangel	AA	D	N	Z
Interessenmangel	AA	D	N	Z
Verwahrlosungstendenz	AA	D		Z
Gleichgültigkeit	AA	D		Z
Autismus	AA	D	N	Z
Unruhe, Getriebenheit		D		
Verlangsamung, Adynamie	AA		N	Z
AFFEKTVERÄNDERUNGEN				
abgestumpft, flach	AA	D	N	Z
Gebundenheit an Wahnideen	AA	D	N	Z
Aggressionsneigung	AA	D		Z
Verstimmung, Dysphorie	AA			Z

4.3.3.0 Fortsetzung der Tabelle "Paranoide Hauptsymptome"

SYMPTOME	PATIENT / IN			
WAHNIDEEN				
systematisch				
unsystematisch	AA	D	N	Z
Beziehungs ideen			N	Z
Größen ideen	AA	D		Z
Kleinheits ideen		D		
Beeinträchtigungs ideen		D	N	Z
Verfolgungs ideen	AA			
hypochondrische Ideen		D	N	
absurde Ideen		D	N	Z
Erklärungs ideen			N	Z
SPRACHVERÄNDERUNGEN				
Rededrang	AA	D		Z
Mutismus, (-neigung)			(N)	
Neologismen, Verbigeration				Z
grammatikalische Störungen	AA	D	N	Z
Störungen der Syntax	AA	D	N	Z
MIMIKVERÄNDERUNGEN				
freudlos-mißmutig			N	Z
sorglos, läppisch-heiter	AA	D		Z
abgelenkt		D		
gehoben, euphorisch				Z
MANIEREN der SPRACHE, MOTORIK und des VERHALTENS	AA			Z

4.9.0.0 Leistungsfähigkeit der Patienten in der Arbeitstherapie zur Zeit der Nachuntersuchung

Ein wesentlicher Bestandteil aller therapeutischen Maßnahmen ist der Versuch, die Patienten in eine Arbeitstherapie zu integrieren. Dies ist in beträchtlichem Maße vom Schweregrad der Erkrankung der Patienten abhängig. So sind einige Patienten grundsätzlich zu keiner Arbeitstätigkeit fähig, bei anderen wiederum lassen sich während des gesamten Krankheitsverlaufes tätige und untätige Zeitabschnitte unterscheiden. Die folgende tabellarische Übersicht soll einen kurzen Überblick geben über die Teilnahme der einzelnen Patienten an einer Arbeitstherapie (AT) zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung. Bei der jeweils zutreffenden Leistungsfähigkeit unterscheiden wir, entsprechend den Angaben der Arbeitstherapeuten, zwischen "schlecht", "mäßig" und "gut".

4.9.1.0 Männliche Patienten

Patient	Teilnahme an der AT	Leistungsfähigkeit		
		schlecht	mäßig	gut
Herr AA	ja	+		
Herr A	ja	+		
Herr BB	ja	+		
Herr B	ja	+		
Herr CC	ja		+	
Herr C	ja		+	
Herr DD	ja	+		

Fortsetzung der Tabelle 4.9.1.0

Patient	Teilnahme an der AT	Leistungsfähigkeit		
		schlecht	mäßig	gut
Herr D	ja	+		
Herr E	ja	+		
Herr F	nein			
Herr G	ja	+		
Herr H	ja	+		
Herr I	ja			++
Herr J	nein			
Herr K	ja		+	
Herr L	ja	+		
Herr M	ja		+	
Herr N	ja			++
Herr O	ja			++

4.9.2.0 Weibliche Patienten

Patient	Teilnahme an der AT	Leistungsfähigkeit		
		schlecht	mäßig	gut
Frau P	ja	+		
Frau Q	ja		+	
Frau R	ja		+	
Frau S	ja	+		
Frau T	ja		+	
Frau U	ja		+	
Frau V	ja		+	
Frau W	nein			
Frau X	ja	+		
Frau Y	ja		+	
Frau Z	nein			

4.10.0.0 Überwachungsbedürftigkeit der Patienten

29 der 30 nachuntersuchten Patienten sind derzeit zu einer selbständigen Lebensführung nicht fähig und bedürfen hinsichtlich ihrer Körper- und Kleiderpflege wie auch der Medikamenteneinnahme intensivster pflegerischer Überwachung und Betreuung. Lediglich Herr N ist diesbezüglich weitgehend selbständig, ist also nur hin und wieder auf pflegerische Hilfe angewiesen.

5.0. DISKUSSION

Lange schon sind die Symptome der Psychose Schizophrenie bekannt. Sie wurden vielfach beschrieben, aber immer wieder tauchten unterschiedliche Begriffe auf, die wiederholt bald eingeengt, bald ausgedehnt wurden. Immer wieder sind auch Krankheitsbilder in den Begriff einbezogen und dann immer wieder von ihm getrennt worden, die man, legt man heutige Kenntnisse zugrunde, zu den Schizophrenien rechnen muß. 1896 war es KRAEPELIN, der hinter der großen Vielgestaltigkeit der Erscheinungsbilder gemeinsame Symptome erkannte. Er beschrieb diese Symptome der akut und chronisch zu einem schweren Dauerzustand (einer "Verblödung") führenden Geisteskrankheit, bei denen man keine körperliche Ursache fand. Deshalb und aufgrund des Beginns dieser Geisteskrankheit in und nach der Pubertät - im Gegensatz zur senilen Demenz - wählte KRAEPELIN als Krankheitsbezeichnung den Begriff der "Dementia praecox" (11; 73). Ausgeweitet wurde diese Bezeichnung dann, als E. BLEULER 1911 den Begriff der "Schizophrenie" prägte: "Psychosen, die nicht zur Verblödung führen und nicht "frühzeitig" beginnen, die nicht mehr als Dementia und nicht mehr als praecox bezeichnet werden konnten, wurden in die Schizophrenien eingeschlossen" (17, S 8). Zudem schienen für E. BLEULER "die elementarsten Störungen in einer mangelhaften Einheit, in einer Zersplitterung und Aufspaltung des Denkens, Fühlens und Wollens und des subjektiven Gefühls der Persönlichkeit zu liegen" (11, S 407). "Der Bequemlichkeit wegen" gebrauchte E. BLEULER das Wort im Singular, "obschon die Gruppe wahrscheinlich mehrere Krankheiten umfaßt" (10, S 5). Man bescheinigt E. BLEULER heute, daß er "die Grundstörungen dieser Krankheit erkannte" (73, S 180) und zu einer Beschreibung des Krankheitsbildes fand (73). Den Schizophrenie-

begriff mit einer Kurzdefinition zu erläutern, ist schwierig und scheint wenig aufschlußreich zu sein. EWALD schreibt beispielsweise in seinem Lehrbuch: "Schizophrenie bedeutet "Spaltungsirresein" (27, S 446). Unmittelbar anschließend daran jedoch bemüht sich EWALD in seinen nachfolgenden Ausführungen um Anschaulichkeit für den zusammengesetzten und aus dem Griechischen hergeleiteten Begriff. U. a. nennt er dabei viele Symptome, beispielsweise "anders gewordene Persönlichkeit; fremdartige, alogische Gedankeninhalte; inadäquate Gefühlsäußerungen; Aktivitätsveränderungen; akuter und chronischer Beginn". Alles Begriffe, die einem häufig begegnen, beschäftigt man sich mit dem Krankheitsbild der Schizophrenie.

Unabhängig von der Zeit und ungeachtet der jeweiligen Zielsetzung interessiert und bewegt das Thema Schizophrenie nach wie vor zahlreiche Forscher und Kliniker (u.a. 1,5,6, 23, 28, 31, 35, 36, 48, 55, 56 - 63, 72, 76), nicht zuletzt aufgrund einer Inzidenz von 1 % in der Gesamtbevölkerung. Jüngst publizierte Arbeiten von z.B. M. BLEULER (13, 15, 17, 20), G. HUBER (41, 42, 43) und L. CIOMPI und C.MÜLLER (22) und noch viele andere mehr beweisen das (u. a. 7,25, 26, 32, 33, 39, 40, 45, 65, 66, 70, 72, 74). Und obwohl gerade die Arbeiten dieser genannten Forscher doch einige parallele Ergebnisse aufweisen, sind letztendlich doch viele Fragen offen geblieben. Glaubt man heute auch noch so viele gesicherte Symptome der Krankheit zu kennen, so stehen dennoch viele empirisch gewonnene Resultate der neueren Zeit keineswegs im Konsens mit Feststellungen von Forschern der Zeit um die Jahrhundertwende. Man fragt sich: "Ist die Beobachtungsgabe eventuell eine andere geworden oder hat sich vielleicht die Krankheit in ihrem Wesen geändert? Oder aber haben sich nur Zeit und Betrachtungsweise geändert?"

Ausgehend von oben genannten Arbeiten stellten wir uns in unserer Untersuchung die Frage nach der Stabilität bzw. Instabilität festzustellender typischer Symptome schizophrener Erkrankungen im Langstreckenverlauf. Zur Klärung dieser Frage untersuchten wir den Verlauf der Krankheit an - zwar im Vergleich zu anderen Arbeiten - nur 30 chronisch schizophrenen Erkrankten. Dabei legten wir keinen Wert auf statistische Ergebnisse, sondern ausschließlich auf die Kasuistiken der einzelnen Patienten. Unsere Untersuchungsbedingungen bestanden darin, daß unsere Patienten mindestens seit fünf Jahren gesichert an einer Schizophrenie kranken und nicht zusätzlich an einer hirnorganischen Krankheit oder einer Suchtkrankheit litten. Es war nicht schwierig, solche Patienten im Bezirkskrankenhaus Haar zu finden. Es gibt sie dort zu Hunderten, meist seit vielen Jahren hospitalisiert.

Für unsere Untersuchung erheben wir freilich nicht den Anspruch der Repräsentativität. Sie soll lediglich einen Anstoß zur weiteren gezielten Beobachtung einer so interessanten und nach vielen Seiten noch offenen Erkrankung geben.

In der Einleitung unserer Arbeit versuchten wir, Ergebnisse verschiedenster Verfasser zusammenzutragen. In der hier zu lesenden Abhandlung soll das Augenmerk weniger auf den Verlauf im Speziellen als vielmehr auf die zu beobachtende Symptomatik gerichtet werden. Dieses Ziel vor Augen, geben wir zunächst eine kurze Beschreibung des untersuchten Patientenguts und versuchen anschließend, anhand der Ergebnisse des Hauptteils (s. unter 4.0.0.0), eine Antwort auf unsere in dieser Arbeit gestellte Frage zu geben.

Bevor wir unsere Ergebnisse eingehender diskutieren, nennen wir kurz die demographischen, klinischen und Verlaufsmerkmale unserer 30 Patienten.

1. Betrachten wir das E r k r a n k u n g s a l t e r unserer 30 nachuntersuchten Patienten, so gehen wir mit den Beobachtungen nahezu aller Schizophrenieforscher konform. Der Beginn der Erkrankung liegt bei den meisten Fällen im Jugendalter. Eine Feststellung, die KRAEPELIN bekanntlich dazu veranlaßte, das Krankheitsbild mit "Dementia praecox" zu benennen. Bei unserer Nachuntersuchung war ca. ein Drittel der beobachteten Patienten zu Beginn der Erkrankung nicht einmal 20 Jahre alt. Nur zwei Patienten, Herr F und Herr G nämlich, waren bei Ausbruch der Erkrankung älter als 30 Jahre.
2. Ob F a m i l i e n v e r h ä l t n i s s e n für die Ätiologie der Erkrankung eine prinzipielle Bedeutung zukommt, können wir mittels unserer Ergebnisse nicht beantworten. Nicht einmal für die Hälfte der 30 Nachuntersuchten nämlich sind zerrüttete Verhältnisse anzunehmen.
3. Was die S c h u l b i l d u n g betrifft, so muß kritisch angemerkt werden, daß eine höhere Schulbildung früher ein gewisses Privileg von Kindern reicher oder akademisch gebildeter Eltern war. Ebenso bedeutungsvoll bleibt in diesem Zusammenhang, daß der Beginn dieser Erkrankung gerade in jungen Jahren erfolgt.
4. Daß die meisten der 30 nachuntersuchten Kranken nie v e r h e i r a t e t waren, steht sicherlich ebenfalls in engem Zusammenhang mit dem jungen Erkrankungsalter. Andersartigkeit wie auch Änderung einer Primärpersönlichkeit, beide be- und entfremden, schaffen Kontaktschwierigkeiten und fördern diese geradezu.

5. 19 Jahre beträgt die bei unserer Nachuntersuchung ermittelte durchschnittliche H o s p i t a l i s a t i o n s d a u e r; die durchschnittliche Katamnesedauer dagegen ist mit 26 Jahren anzugeben. Sicherlich keine auffallend hohe Zahl, betrachtet man z.B. publizierte Arbeiten von JANZARIK und vielen anderen mehr, die höhere Zahlen vorweisen können. Uns liegt es allerdings fern, Schlüsse aus unserer Katamnesedauer zu ziehen. Denn als Voraussetzung, um in unsere Studie aufgenommen zu werden, forderten wir lediglich fünf Jahre sicherer schizophrener Erkrankung. Zweifellos jedoch besteht eine Korrelation zwischen der Dauer der Hospitalisation (19 Jahre) und der Katamnesedauer (26 Jahre). Nicht aber, weil man sich nicht bemüht hätte, unsere beobachteten Patienten in ihrem Zustand zu bessern oder ihnen die Möglichkeit einer eigenen Lebensführung zu bieten. Nein, unseren Beobachtungen zufolge ist bei diesen Kranken eine Rückführung in Gemeinde und Familie aufgrund des fortgeschrittenen Krankheitszustandes sehr schwierig, vielleicht sogar unmöglich. Denn für den größten Teil unserer nachuntersuchten Patienten müssen wir leider feststellen: Eine Tendenz zur Besserung im Längsschnitt der Krankheit, wie sie beispielsweise M. BLEULER (17), G. HUBER (41) und L. CIOMPI und C. MÜLLER (22) beschreiben, war nicht erkennbar. Vielmehr kennzeichneten schwere schizophrene Residualzustände die Querschnittsbefunde aller unserer Patienten. Diese Feststellung schließt selbstverständlich nicht aus, daß auch wir bei unseren beobachteten schizophrenen Kranken zeitliche Schwankungen im Befinden, denen eigentlich jeder Gesunde ab und zu unterliegt, erkennen konnten. Dies änderte jedoch nichts an der Tatsache, daß in der Regel die Qualität der Symptomatik der einzelnen Patienten über die ganze Krankheit hinweg

gleich bleibt. Die noch um die Jahrhundertwende bis zur Mitte der vierziger Jahre üblichen Begriffe der "Verblödung", "Defektbildung" oder der "geistigen Ruinen" klingen hart und vermitteln Aussichtslosigkeit. Für einen Großteil der von uns beobachteten Kranken treffen solche Begriffe aber bedauerlicherweise zu. Ausgehend von dieser Feststellung scheint es müßig, die Frage der Ursächlichkeit zwischen Katamnesedauer und Hospitalisationsdauer beantworten zu wollen.

6. Bei nahezu allen Patienten unserer Untersuchung entwickelte sich der *V e r l a u f* der Erkrankung in chronischer Progredienz, wobei bei gut einem Drittel der Kranken mehrere, abgrenzbare akute Episoden zu beobachten waren. In der Überzahl aber waren die Fälle mit schleichendem, häufig erst bei retrospektiver Betrachtung erkanntem, Beginn und nachfolgender chronischer Progredienz. Frau P mit einem einmaligen akuten Zustandsbild zu Beginn der Erkrankung und nachfolgendem chronischen, unaufhaltsamen Prozeßgeschehen bleibt in unserer Studie eine Ausnahme. Zur Feststellung von L. CIOMPI und C. MÜLLER, daß "im höheren Alter mehrheitlich günstige Entwicklungstendenzen der Schizophrenie hervorzuheben sind" (22, S 102), ja sogar eine "starke Tendenz zum Verschwinden oder zur Minderung praktisch aller schizophrenen Krankheitszeichen ..." (22, S 109) zu finden sind, können wir nur wenig sagen. Bei unserer Untersuchung ist nämlich nur ein Patient älter als 65 Jahre. Und eine Besserung ist bei diesem Patienten nicht festzustellen.

Daß wir nach Ausbruch der Erkrankung keine Remissionen im BLEULERSchen Sinne feststellen konnten, verwundert natürlich nicht, da die Studie mit chronisch Kranken

und zudem noch hospitalisierten geführt wurde.

Von den Ergebnissen unserer Arbeit ausgehend versuchen wir, folgende Fragen zu beantworten:

- I. Lassen sich die schizophrenen Krankheitsbilder eindeutig einer der überlieferten Untergruppen zuordnen? (Untergruppen der Schizophrenie).
- II. Gibt es eine charakteristische, während des Gesamtverlaufes stabile Symptomatik und erlaubt diese die Zuordnung zu den Untergruppen? (Stabilität der Symptomatik der Schizophrenie im Langzeitverlauf).
- III. Welche Bestandteile der Erkrankung ändern sich, welche haben bleibenden Charakter, welche machen eine Differenzierung zwar nicht möglich, sind aber zur Erstellung der Globaldiagnose von Wichtigkeit? (Variabilität des Krankheitsverlaufes der Schizophrenie).

Die Auflistung unserer Diskussionspunkte läßt unser Hauptbestreben deutlich erkennen. Es war uns nämlich ein besonderes Anliegen, stabile und instabile Parameter bei den Querschnittsbetrachtungen unserer 30 nachuntersuchten Kranken zu finden.

Untergruppen der Schizophrenie

Diese Frage läßt sich nur mit einem eingeschränkten "Ja" beantworten, wenngleich sämtliche Patienten unserer Studie einer der überlieferten Unterformen zugeordnet werden konnte, allerdings mit der Einschränkung, daß die Kranken CC, Q und T zwar überwiegend eine hebephrene Symptomatik erkennen ließen, paranoide Züge aber ebenfalls deutlich zu beobachten waren. Immerhin, 90 % unserer 30 nachuntersuch-

ten Patienten ließen sich zwanglos einer einzigen Untergruppe zuordnen. Ein Ergebnis, das uns, verfolgt man die endlosen Diskussionen der letzten Jahre, doch sehr erstaunt. Daß wir von der Richtigkeit des gefundenen Resultates so überzeugt sind, beruht nicht zuletzt darauf, daß wir nach gemeinsamer Untersuchung im BKH, in einem quasi Ratespiel, unabhängig voneinander die Diagnosen stellten. Zwar kam es dabei häufig zu heftigen Meinungsverschiedenheiten, was die Intensivierung der Betrachtungsweise zweifellos sehr stark belebte, aber nie bestand ein Zweifel an der Unterdiagnose. Mit dieser Feststellung stehen wir freilich nicht im Konsens mit BLEULER, der die Untergruppierung doch stark in Frage stellt bzw. nur anerkennt, "um sich in den äußeren Formen des unendlich wechselnden Krankheitsbildes der Schizophrenie zu orientieren" (11, S 436). Demnach "hat man vier Hauptgestaltungen auseinandergehalten, je nach dem Vorliegen oder Fehlen bestimmter Symptomengruppen" (11, S 436). Neben der Schizophrenia simplex, einer nach BLEULER schleichenden Form der Schizophrenie, die für unsere Arbeit gemäß unserer Bedingung für die Studie nicht relevant war, sind dies die Hebephrenie, die paranoid-halluzinatorische Form der Schizophrenie und die Katatonie. Es scheint sinnvoll, im folgenden einmal kurze Definitionen der Untergruppen zu geben, wie sie im Lehrbuch von EWALD (27) zu finden sind.

Bei der Hebephrenie soll zum Ausdruck kommen, daß zwischen dem Gefühlsleben dieser Kranken und der läppisch-albernen Art mancher Jugendlicher vor der Pubertät Parallelen bestehen. Und dieser veränderte Affekt, nämlich die Gefühlsverflachung, steht bei diesen Kranken im Vordergrund. "Die paranoide Form der Schizophrenie ist durch die Fülle der Wahnideen gekennzeichnet" (27, S 462). Bei der Katatonie letztendlich werden Störungen der Psychomotorik und Stö-

rungen des Wollens subsumiert. Nach EWALD "überwiegen durchaus die Störungen des Handelns und des Wollens; *κατατεινω* heißt "ich spanne", Katatonie bedeutet "Spannungsirresein" " (27, S 460).

Im einzelnen fanden wir bei unseren Patienten 15 eindeutig an einer Hebephrenie erkrankte. Acht der Nachuntersuchten ließen sich zweifelsfrei der Untergruppe Katatonie zuordnen. Und vier Patienten zeigten ein eindeutig paranoid-halluzinatorisches Zustandsbild. Letzteres Ergebnis führen wir auf die Tatsache zurück, daß Patienten mit diesem Krankheitsbild am wenigsten auf eine Dauerhospitalisierung angewiesen sind und zum großen Teil in weiterführende therapeutische Einrichtungen verlegt werden können.

Bei den kombinierten Fällen überwog unverkennbar die hebephrene Symptomatik, die paranoiden Merkmale waren jedoch bei allen vorhanden und überdeutlich.

Daß ca. ein Viertel der Beobachteten katatone Zustandsbilder zeigten, überrascht insofern, als M. BLEULER z. B. behauptet, diese seien in den letzten Jahrzehnten selten geworden (11).

Stabilität der Symptomatik der Schizophrenie im Langzeitverlauf

Dies war die zentrale Frage schon zu Beginn unserer Arbeit. Beim Literaturstudium vorab fielen uns Postulate namhafter Forscher wie G. HUBER oder M. BLEULER besonders auf, ließen diese doch die überlieferten Untergruppen fragwürdig erscheinen. M. BLEULER beispielsweise vertritt in seinem Handbuch von 1972 die Meinung, daß "nur eine Minderzahl der Schizophrenien eindeutig paranoid, kataton oder hebephren sind, während es bei der Mehrzahl recht willkürlich ist, welcher dieser Untergruppen man sie zuteilen will" (17, S 66).

Bei der klinischen Betrachtung betont MAYER-GROSS (67) folgende, für die Hebephrenie typischen und vordergründigen Symptome: Denkstörungen, Aktivitätsstörungen und Gefühlsverödung. Zum Ausdruck kommt dies in Einförmigkeit, Verschrobenheit und inadäquaten Verhaltensweisen und Gefühlsäußerungen. Devote Anpassung, Initiativlosigkeit, Starrheit und Abstumpfung sind bei diesen Kranken immer wieder syndromprägend. Es sind "Sonderlinge" mit vordergründig zu beobachtenden Denkanomalien. Auch schwerste, zum "Blödsinn" verlaufende Fälle gehören in diese Gruppe genau wie die milde verlaufenden Fälle. Nach MAYER-GROSS ein Argument dafür, auf die zu früheren Zeiten formulierte 4. Untergruppe der "Dementia simplex" zu verzichten: Die immer wieder bei Hebephrenen zu beobachtenden Symptome Ratlosigkeit und läppische Heiterkeit bringt auch C. SCHNEIDER (in 21) in engen Zusammenhang mit der Denkstörung. Diese teilt MAYER-GROSS (67), wie allgemein bekannt, in formale und inhaltliche Störungen ein. Zu den ersteren zählt er die "Flüchtigkeit", die mangelnde "Akzentuierung", die "Verlangsamung" wie auch die "Verarmung". Alle diese Symptome zusammen oder einzelne gemeinsam, ergeben letztendlich das "klinische Bild der Zerfahrenheit" (67, S 383). Und aus der "Art der Denkstörung" sei es nach MAYER-GROSS möglich, "bestimmte typische hebephrene Gesamtbilder ohne Schwierigkeiten" (67, S 383 f) herzuleiten. Ebenso kann man bei hebephrenen Zustandsbildern regelmäßig Affektveränderungen, welche in Form von Gefühlserkaltung und Rohheiten auftreten, beobachten.

Auch wir fanden als charakteristisches Symptomentrias der Hebephrenie Denk-, Affekt- und Aktivitätsstörungen (vgl. dazu Tabelle 4.8.1.0). Überwog auch bei zwei aufeinanderfolgenden Untersuchungen desselben Patienten das eine oder andere Symptom, nachzuweisen waren sie immer alle! Somit

war es uns drei Untersuchern auch leicht möglich, unabhängig voneinander, die exakte Diagnose zu stellen. Wenn auch unterschiedlich in der Ausprägung, obig beschriebene Merkmale zeigten sich stabil, nicht nur zur Zeit der Nachuntersuchung, sondern ebenso in der Gesamtbetrachtung der Krankheitsverläufe. Schwierigkeiten bereiteten uns hier allerdings die Kranken CC, Q und T, welche eine kombinierte hebephrene und paranoide Symptomatik zeigten. Letztendlich ordneten wir sie dann doch den Hebephrenen zu, da wir, ebenso wie MAYER-GROSS (67, S 387), eher nur "Ansätze zur Wahnbildung" sahen, als vielmehr ein gelockertes Denkgefüge mit wahnhaften Tendenzen, zunächst an Pseudophilosophen erinnernd. Auch EWALD ist der Meinung, daß bei hebephrenen Zustandsbildern "Wahnideen ausgeprägter Art... fast ganz im Hintergrundbleiben" (27, S 458). LEONHARD dagegen betont, daß Wahnideen nicht zur hebephrenen Symptomatik gehören (60) und nimmt in seinen Beschreibungen eher zusätzlich Stellung zu Sprach- und Mimikveränderungen der Hebephrenen. Ebenso betont er aber die erwähnte Hauptsymptomatik (61).

Daß wir so eindeutige Ergebnisse bezüglich der hebephrenen Unterdiagnose für unsere Kranken fanden, überraschte uns. Nicht nur, daß die Diagnosestellung leicht schien, auch die Beständigkeit dieser Symptome bei jedem einzelnen Patienten war unübersehbar. Außerdem konnten wir das "bedeutsame Ergebnis" der BLEULERSchen Verlaufsforschung (17), nämlich die Feststellung, "daß sich im Durchschnitt die schizophrenen Psychosen vom 5. Jahre nach der Erkrankung an nicht mehr verschlimmern, sondern, daß sie in der Folge eher zur Besserung neigen" (17, S 73), nicht finden. Wir erkannten vielmehr eine eindeutige Tendenz der Stabilisierung der gefundenen Symptomatik im Längsschnitt.

Es scheint müßig zu sein, der Frage nachzugehen, ob es schizophrene Verläufe mit einer stabilen, immer wieder zu findenden katatonen Symptomatik noch gibt. Hätten wir uns auf MAHENDRA (65) gestützt, der behauptet, die Katatonien gäbe es nicht und habe es nie gegeben, so hätten wir erst gar nicht danach gesucht.

Unser Hauptaugenmerk war jedoch auf die Erstellung von Kasuistiken gerichtet. Deshalb orientierten wir uns an den ausführlichen Kasuistiken von MAYER-GROSS und LEONHARD. In Anlehnung an diese Autoren stellte sich für uns erst gar nicht die Frage, ob es Katatonien je gab oder noch gibt. Es gibt sie.

Wären wir von dem anschaulichen Lehrbuchbild der schwersten Bewegungsstörungen ausgegangen oder hätten wir den vielbeschriebenen Wechsel zwischen Hyperkinese und Akinese gesucht, so wären wir sicherlich zu einer anderen Verteilungskurve gekommen. Einige der acht Katatonen unserer Studie hätten wir dann nämlich nicht eindeutig einer schizophrenen Untergruppe zuordnen können.

Bei genauer Beobachtung der Kranken fällt allerdings häufig auf, "daß nur einzelne katatone Züge dem Bild beigemischt sind und vor allem, daß Einschleifung und Gewöhnung, Sinn-durchdringung und Gestaltung die Mechanismen automatisieren, ausformen und prägen", wie MAYER-GROSS schreibt (67, S 391). Als Teilstörungen, wie MAYER-GROSS formuliert (67), nennt LEONHARD neben Störungen der Gesamtmotorik insbesondere Sprach-, Affekt- und Handlungsstörungen. Andere schizophrene Symptome wie z.B. Halluzinationen, Wahnideen, können schon auch zur katatonen Symptomatik hinzukommen (61). Zwingend zur Festlegung der Unterdiagnosen sind diese jedoch nicht. Als wesentlicher Teilaspekt der motorischen Störungen der katatonen Patienten müssen bei diesen Kranken die eigenartig anmutenden Störungen der Mimik und Gestik genannt werden.

Abgesehen von den ubiquitären inhaltlichen und formalen Denkstörungen fanden wir bei diesen Patienten folgende Symptomatik: Sprachveränderungen i. S. von z.B. Mutismus, Neigung zu Mutismus, Murmeln; Veränderungen der Aktivität und Motorik, wie z.B. Starrheit, Antriebsverlust, Autismus, Hyper- und Parakinesen, Negativismus und Manieren; Affektalterationen i. S. einer allgemeinen Nivellierung oder einer Aggressionstendenz; Mimikveränderungen und nicht zuletzt auch Sinnestäuschungen (Nähere Aufschlüsselung siehe Tabelle 4.8.2.0).

Die gehemmte Form der Katatonie (dies betrifft unsere Kranken F, J und Y) imponiert insbesondere durch negativistische Sprechverweigerung, akinetische Haltungsstereotypien (Starrheit, Gebundenheit) und maskenhafte, undurchdringliche Mimik.

Bei der erregten Form (dies zeigte in unserer Untersuchung die Patienten E, H, V und W) findet sich die Beschreibung unserer Beobachtungen in dem, was MAYER-GROSS wie folgt formuliert: "... das eigentlich kennzeichnende der katatonen Erregungen sind die Beimischungen aus dem akinetischen Bilde: Starre, Gebundenheit, Einförmigkeit, Beschränkung auf motorische Teilgebiete, Schematismus trotz des Antriebsübermaßes" (67, S 405).

Ganz besonders augenfällig bei der Erhebung der Katamnese jedes einzelnen kataton Erkrankten war die geradezu sichtbare Entwicklung der Erkrankung. Häufig überdeckt von einer Begleitsymptomatik wie z.B. Kommunikationsstörungen war die Hauptsymptomatik für den einzelnen Betrachter oft nur schwer zu erkennen. Häufig wurden diese Störungen auch deshalb zu Beginn der Erkrankung ohne entsprechende Wertbeimessung nebenbei beschrieben. Aber bei allen Kranken kristallisierten sich die Bewegungs-, Sprach- und Handlungsstörungen so deut-

lich heraus, daß sie unter dem Aspekt der Langstreckenbe-
trachtung unverkennbar waren. Kritisch muß an dieser Stelle
angemerkt werden, daß immer wieder Probleme dadurch auf-
treten, daß die psychomotorischen Störungen der Schizophrenie
häufig nur schwer von spätdyskinetischen Erscheinungen abzu-
grenzen sind. Dementsprechend ist ein differenziertes diagno-
stisches Vorgehen unbedingt erforderlich.

Nur vier unserer unselektierten 30 nachuntersuchten Kranken
zeigten ein eindeutiges paranoid-halluzinatorisches Bild.
Diese Form ist dadurch gekennzeichnet, daß "Sinnestäuschungen
und Wahnideen im Vordergrund des Bildes stehen" (11, S 436).
Als Kernsymptome dieser Gruppe benennt MAYER-GROSS "die Zu-
sammenfassung von Sinnestäuschungen und Wahnideen" (67, S 420).

Mehr noch als bei den vielerorts zu heftigen Diskussionen
führenden katatonen Bildern scheint es uns von größter Wich-
tigkeit, nicht etwa Statistiken, sondern ausschließlich
Kasuistiken zur Beurteilung des paranoid-halluzinatorischen
Krankheitsbildes heranzuziehen. Wie will man etwa den Inhalt
paranoid-halluzinatorischer Gesichtspunkte in Statistiken
festlegen? Wahngebilde, die beispielsweise maßlose Selbst-
erhöhungen, Körpersensationen, quälende Verfolgungsideen,
Phoneme oder auch Gedankenbeeinflussungen beinhalten, be-
einflussen ganz individuell den Willen und das Handeln des
Kranken, was sich letztendlich in Änderungen der Motorik,
des Denkens, der sprachlichen Äußerungen und in Veränderun-
gen des Affektes ausdrückt.

Neben Sinnestäuschungen und Wahnideen können bei der para-
noiden Schizophrenie des weiteren auch Erinnerungsfälschun-
gen, absurde Ideen, Neologismen und Mimikstörungen beobach-
tet werden.

Die Unterteilung in produktive und ideenarme Formen ergibt
sich bei der Betrachtung des Kranken im Gesamtverlauf von

selbst. Bei unseren vier Kranken gehörten drei der Produktivform (AA, D, N) an und zeigten folgende Hauptsymptomatik: inhaltliche und formale Denkstörungen; Halluzinationen; Veränderungen der Aktivität und Motorik; Affekalterationen; Wahnideen verschiedenster Prägung; Sprachveränderungen, hauptsächlich i. S. von grammatikalischen und syntaktischen Störungen, und Mimikeinbußen (vgl. Tabelle 4.8.3.0!).

Ein Patient läßt sich der zweiten, nämlich der ideenarmen Form zuordnen. In der Hauptsache finden wir hier folgende Symptome: Denkstörungen inhaltlichen und formalen Ursprungs; akustische Halluzinationen; Motorik- und Aktivitätsveränderungen; gravierende Störungen im affektiven Bereich; ausgeprägte Wahnideen; Sprachstörungen, aber auch Mimikveränderungen und Manieren (vgl. hierzu Tabelle 4.8.3.0!).

Wesentlich auch hier die Stabilität der genannten Symptome. Ebenso ergaben sich hier seit Beginn der Erkrankung kaum einmal Zweifel an der Unterdiagnose. Deshalb ist es bei der Fülle der so verschiedenen Fälle ein gleichermaßen zweckmäßiges wie zwingendes Postulat: Der Verlauf der Krankheit muß im Gesamten betrachtet werden!

Variabilität des Krankheitsverlaufes der Schizophrenie

Aus dem obig gesagten ergibt sich eindeutig die Antwort auf die unter III (s.S.230) formulierte Frage. Zumindest für unsere nachuntersuchten schizophrenen Kranken läßt sich feststellen, daß die Qualität der Symptomatik der einzelnen Patienten über die ganze Krankheit hinweg in der Regel gleich bleibt, wobei selbstverständlich Schwankungen im Befinden der Patienten vorkommen oder es auch immer wieder zu Verstimmungszuständen kommt.

Denk-, Affekt-, Aktivitäts-, Motorik- und Sprachstörungen

waren bei allen unseren Patienten feststellbar. Wesentlich scheint uns jedoch die bei den 27. zu einer Unterdiagnose zuordnungsfähigen Kranken gleichbleibende Symptomatik unter Beachtung des Gesamtverlaufes. Die Hebephrenen zeigen charakteristischerweise Denk-, Affekt- und Aktivitätsstörungen. Wesentlich bei den Katatonen sind die motorischen Störungen, geprägt durch Hyper- und Akinese bzw. Hyper- oder Akinese, was häufig jedoch erst bei genauester Beobachtung erkennbar ist. Die paranoid-halluzinatorische Form der Schizophrenie bereitet bei der Erkennung wohl die geringsten Schwierigkeiten. Diese Kranken haften häufig über viele Jahre hinweg an einem einmal zurechtgelegten Wahngedanken oder an einer einmal sich eingestellten Halluzination.

Neben der typischen Symptomatik für die jeweilige Untergruppe gibt es noch eine Symptomatik, die besonders wichtig ist für die Erstellung der Globaldiagnose Schizophrenie, vor allem zu Beginn der Erkrankung, die aber im weiteren Verlauf der Krankheit keine große Stabilität aufweist.

Hierzu müssen beispielsweise Symptome wie Leistungsnachlaß in Schule und Beruf (vgl. Patienten C, S, Z), allgemeine Mißempfindlichkeiten i.S. von Nervosität und Schlafstörungen (Z), Depersonalisations- (AA, E) und Derealisationsphänomene (BB, N) oder Antriebsstörungen, die als Erlahmung (DD, CC, E, P, S, T, V), Entschlußunfähigkeit und zunehmender Isolierung (B, C, F, G, L, U) in Erscheinung treten können, genannt werden. Krankheitshinweisend sind des weiteren Vernachlässigungstendenzen des äußeren Erscheinungsbildes (F, N, V), zielloses Umhervagabundieren (DD, I, L, N), asoziale und z.T. kriminelle Verhaltensweisen (A, BB, B, DD, D, H, M, O, P, R, W, X) wie auch melancholische Phasen bzw. depressive Verstimmungszustände (BB, CC, E, F, K, O, R, Q, T, U, X, V), die nicht selten in Suizidversuchen (CC, F, O, R, X) zum Ausdruck kommen. Kritisch anzumerken

ist hier auch, daß etwa gleichzeitig festzustellende Symptome wie "Wahn, Halluzinationen und katatone Erscheinungen für sich allein die Diagnose einer Schizophrenie nicht begründen können" (73, S 199). "Es gäbe jedoch", so TÖLLE, "besondere Kriterien des paranoid-halluzinatorischen Erlebens, die zusammen mit einigen anderen Merkmalen auf eine Schizophrenie hinweisen: "Gedankenlautwerden, Hören von Stimmen in Form von Rede und Gegenrede, Hören von Stimmen, die das eigene Tun mit Bemerkungen begleiten, leibliche Beeinflussungserlebnisse, Gedankenentzug und andere Gedankenbeeinflussung, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, sowie alles von anderen Gemachte und Beeinflußte auf dem Gebiet des Fühlens, Strebens (der Triebe) und des Willens" (73, S 199). Derartige instabile Kriterien zeigten zu Beginn ihrer Erkrankung mit Sicherheit unsere Patienten AA, BB, B, CC, C, G, J, K, N, Q, S, T, U, Y und Z. "Diese Symptome ersten Ranges" (SCHNEIDER)", so fährt TÖLLE fort, "dürfen nicht mit den Grundsymptomen" BLEULERS (Störungen des Denkens, der Affektivität und des Antriebes, in erster Linie Zerfahrenheit, Ambivalenz und Autismus) "verwechselt werden, sie sind größtenteils akzessorische Symptome. Sie sind nicht bei allen Schizophrenen nachweisbar, und ihr Vorkommen sichert die Diagnose nur dann, wenn eine organische Psychose ausgeschlossen werden kann" (73, S 199).

Abschließende Betrachtungen

Von der psychopathologischen Symptomatik im Langzeitverlauf der Krankheit und vom Querschnittsbefund zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung ausgehend, versuchten wir die 30 Kasuistiken nach folgenden drei Gesichtspunkten zu analysieren:

1. Zuordenbarkeit des Krankheitsverlaufes der Patienten zu

einem der überlieferten Verlaufstypen (hebephrene, paranoid-halluzinatorische und katatone Schizophrenie).

2. Langzeitstabilität der Symptome.
3. Variabilität der schizophrenen Symptomatik im Langzeitverlauf.

G. HUBER, der hinsichtlich der überlieferten Unterformen (Untergruppen) der Schizophrenien die Meinung vertritt, "die neueren Verlaufsuntersuchungen zeigten, daß die Unterformen allenfalls eine typologische Querschnittsbeschreibung aus einer fließenden Mannigfaltigkeit von Verlaufsgestaltungen sein können: Inter- und intraindividuell gehen die Syndrome ineinander über, kombinieren sich, treten nacheinander und in wiederholtem Wechsel in Erscheinung" (41, S 89), können wir aufgrund unserer gewonnenen Ergebnisse so nicht zustimmen. Allen drei an unserer Studie beteiligten Untersuchern gelang es, unabhängig voneinander, 90 % der Patienten zu jedem Zeitpunkt des Krankheitsverlaufes zwanglos einer Untergruppe zuzuordnen. Lediglich 3 Patienten zeigten eine gemischte (hebephrene und paranoide) Symptomatik, allerdings mit hebephrener Dominanz. Ebenso wenig können wir HUBERs Meinung teilen, daß "man bei Berücksichtigung des gesamten Verlaufes oft keine führende Symptombildung erkennen kann, die die Zuordnung zu einer der Untergruppen ermöglichen würde" (41, S 90). Ausgehend von den Definitionen bzw. den die Untergruppen charakterisierenden Symptomen, wie sie MAYER-GROSS (67), KLEIST (53, 54), EWALD (27) und LEONHARD (57, 59) ausführlich beschreiben, konnten wir in unserer Untersuchung neben der Zuordenbarkeit - die freilich nicht immer schon eindeutig zum Zeitpunkt des Krankheitsausbruches gelang - eine auffällige Beständigkeit der charakteristischen Symptome der Schizo-

phrenien während des gesamten Krankheitsverlaufes jedes einzelnen Patienten feststellen. Jedenfalls fünf Jahre nach Krankheitsbeginn. Unser Ergebnis steht somit nicht im Einklang mit G. HUBER, wenn er sagt: "Die die Untergruppen charakterisierenden Symptome sind beim Gros schizophrener Verläufe in initialen und auch noch in späteren Stadien erheblichen Schwankungen und Wandlungen unterworfen" (41, S 89). Sollte HUBER jedoch mit Schwankungen eine intermittierende Intensitätsveränderung der einzelnen Symptome gemeint haben, gehen wir mit ihm konform. Denn, zeigt nicht auch der gesunde Mensch Intensitätsschwankungen in seinem Verhalten und seinen Eigenschaften? Bezüglich der Variabilität des Krankheitsverlaufes der Schizophrenie hat G. HUBER recht, wenn er sagt: "Die Mehrzahl der schizophrenen Patienten zeigt irgendwann im Verlauf neben paranoiden und halluzinatorischen katatone, hebephrene ... Bilder ..." (41, S 89 f). Auch wir konnten in unserer Studie herausfinden, daß immer wieder Symptome aus anderen Untergruppen festzustellen sind und daß gerade diese Symptome ein instabiles Auftreten zeigen, berücksichtigt man den gesamten Krankheitsverlauf des einzelnen Schizophrenen. Hierzu müssen wir, ausgehend von unseren Ergebnissen, bemerken, daß diese Symptome in keinem unserer Fälle eine Änderung der Unterdiagnose bedingten. Einzig und allein dienten sie zur Bestätigung der Globaldiagnose Schizophrenie.

Das besondere Kennzeichen unserer Arbeit besteht darin, daß wir nicht versucht haben, die Daten auf statistischem Wege zu komprimieren, sondern, daß wir die vollständigen Kasuistiken in unsere Betrachtung einbezogen haben. Bei diesen Kasuistiken bildete zwar der jetzige psychische Befund der Patienten den Ausgangspunkt, aber wir haben anhand der Krankengeschichten die Entwicklung der Symptome jedes

einzelnen Patienten bis zum Anfang der Krankheit zurückverfolgt. Typisch psychopathologische Zustandsbilder und typische Unterformen der Schizophrenie sind unserer Meinung nach nur dann zu erkennen, wenn man die den Patienten charakterisierende Symptomatik differenziert herausarbeitet, diese von den allgemeinen schizophrenen Symptomen abgrenzt und letztlich eine Bewertung vornimmt, die alle zur Verfügung stehenden Daten und Beobachtungen einschließt. Nur so läßt sich der Trugschluß vermeiden, daß sich die schizophrene Symptomatik und die schizophrenen Residualzustände gleichen. Darauf ist es sicherlich auch zurückzuführen, daß man, wie in der Literatur häufig beschrieben, eine Stabilität der Symptomatik der Krankheit im Langzeitverlauf verneint.

Wir sind uns bewußt, daß unsere Untersuchung nicht repräsentativ sein kann, weil unsere Untersuchung kurz ist, und wir nur schwerkranke, dauerhospitalisierte Patienten untersucht haben. Weitere Untersuchungen über die Verläufe chronisch kranker, dauerhospitalisierter schizophrener Patienten sind notwendig und müssen zeigen, ob sich unsere Aussagen nicht auch auf leichter erkrankte schizophrene Patienten verallgemeinern lassen. Beispielsweise denken wir hier an Patienten, die zu Hause bei ihren Angehörigen oder in Wohngemeinschaften und Heimen leben. Ausgehend von den Ergebnissen unserer Arbeit stellt sich die Frage, welche Gruppe von schizophrenen Patienten besonders dazu geeignet ist, langfristig extramural betreut zu werden, und welche Gruppe schizophrener Patienten einer stationären Langzeitbehandlung bedarf.

6.0 ZUSAMMENFASSUNG

In den letzten hundert Jahren haben sich die Vorstellungen zur Psychopathologie und Ätiologie der Schizophrenie immer wieder geändert. In den vergangenen drei Jahrzehnten wurde von M. BLEULER, G. HUBER und L. CIOMPI und C. MÜLLER besonders intensiv der Verlauf der Krankheit schizophrener Patienten untersucht. Aber auch hier blieben viele Fragen offen. Während man sich früher bemühte, die verschiedenen Ausdrucksformen der Krankheit in Untergruppen und Symptomenverbände zu gliedern, scheint ein solches Vorgehen heute immer mehr in den Hintergrund zu treten. Viele Forscher lehnen eine derartige Differenzierung ab, weil sie der Überzeugung sind, daß stabile Symptome im Langzeitverlauf der Krankheit nicht festzustellen sind. Hebephrene, katatone und paranoide Symptome würden sich abwechseln und ineinander übergehen. Der Symptomenwandel, in der Literatur wird von einer dynamischen Wandelbarkeit gesprochen, wird als charakteristisch für den Verlauf der schizophrenen Psychose angesehen. Diese Ansicht wird mit umfangreichen Statistiken belegt, aber nur selten mit ausführlichen Kasuistiken schizophrener Verläufe untermauert. An dieser Stelle soll erwähnt werden, daß KRAEPELIN seine Ausführungen zur Schizophrenie mit detaillierten Kasuistiken belegt.

Ausgehend von den oben zitierten Arbeiten stellten wir in unserer Untersuchung die Frage nach der Stabilität der Symptomatik im Langzeitverlauf der Krankheit. Zur Klärung dieser Frage untersuchten wir den Verlauf der Krankheit an 30 chronisch kranken, dauerhospitalisierten schizophrenen Patienten im Bezirkskrankenhaus Haar. Wir berücksichtigten nur Patienten mit einer sicher schizophrenen Psy-

chose und einem mindestens fünfjährigen Krankheitsverlauf. Für die Auswahl der Patienten suchten wir drei Häuser mit chronisch Kranken aus und als erster Anhaltspunkt für die Bestimmung der zu untersuchenden Patienten diente uns die Globaldiagnose Schizophrenie des Krankenblattes. Patienten, bei denen zusätzlich eine hirnorganische Krankheit oder eine Suchtkrankheit bestand, wurden nicht in die Untersuchung aufgenommen.

Bei der Methodik der Datenauswertung ließen wir uns von der Absicht leiten, ausführliche Kasuistiken anzufertigen. Dies hatte zur Folge, daß wir für die vorliegende Untersuchung nur wenige Patienten heranziehen konnten und somit eine statistische Auswertung unserer Daten wenig gewinnbringend ist. In die Kasuistiken wurden die Ergebnisse der Explorationen und alle verfügbaren, relevanten Daten der Krankenakte aufgenommen. In den Kasuistiken verfolgten wir dann das Ziel, den Krankheitsverlauf möglichst lückenlos zu rekonstruieren. Wo es nötig war, haben wir zusätzlich Dritt- auskünfte von Schwestern, Pflegern und Ärzten eingeholt und in die Fallbeschreibungen eingearbeitet.

Jede Kasuistik ist nach folgendem Schema aufgebaut:

Zuerst wird der aktuelle psychopathologische Befund ausführlich dargestellt. Dann folgt ein Protokoll der Antworten des Patienten auf die Fragen, mit denen das Denken überprüft wurde. Daran schließen sich die Angaben des Patienten zur Anamnese, soweit sie zu erhalten waren, an und zum Schluß erfolgt eine Zusammenfassung des gesamten Krankheitsverlaufes anhand der Krankenakte. Eine Sammlung der ausführlichen Kasuistiken befindet sich im Archiv der Psychiatrischen Klinik der Universität. Eine Kurzzusammenfassung jeder Kasuistik wurde in diese Arbeit (s. 3.0) aufgenommen.

Kritisch zur angewandten Methodik muß hier nochmals ange-

merkt werden, daß es sich bei unseren Patienten nicht um eine Stichprobe der Gesamtheit aller schizophrenen Erkrankten handelt, sondern um chronisch schizophrene Patienten, die infolge ihrer Behinderung auf eine permanente Hospitalisierung angewiesen sind. Diese Tatsache ist bei der Generalisierung der Ergebnisse unserer Arbeit einschränkend zu berücksichtigen.

Im folgenden werden die Ergebnisse kurz zusammengefaßt. Die wichtigsten demographischen, klinischen und Verlaufsmerkmale unserer 30 Patienten zeigen, daß der Erkrankungsbeginn der meisten Patienten im jugendlichen Alter liegt. Diese Tatsache hat bekanntlich KRAEPELIN dazu veranlaßt, das Krankheitsbild "Dementia Praecox" zu nennen.

Bei der Aufarbeitung der Kasuistiken unter dem Gesichtspunkt der Familienverhältnisse und der Schulbildung konnten wir keine groben Auffälligkeiten feststellen. Die mehrfach vorkommende abgebrochene Berufsausbildung, die fehlende Berufsausbildung überhaupt oder der unterbrochene Besuch einer weiterführenden Schule ist wohl ursächlich auf die Krankheit selbst zurückzuführen.

Im Durchschnitt beträgt die Krankheitsdauer bei unseren nachuntersuchten Patienten 26 Jahre. Festzustellen ist jedoch, daß eine Korrelation zwischen der Dauer der Hospitalisation (19 Jahre) und der Katamnesedauer (26 Jahre) besteht, vor allem deshalb, weil mit fortschreitender Krankheitsdauer eine Rückführung des Patienten in Gemeinde und Familie immer schwieriger wird. Leider müssen wir für die meisten unserer Patienten auch feststellen, daß im Längsschnitt der Krankheit eine Tendenz zur Besserung nicht zu beobachten ist. In der Regel bleibt die Qualität der Symptomatik der einzelnen Patienten gleich, wobei selbstverständlich Schwankungen im Befinden der Patienten vorkommen. Die Querschnittsbefun-

de aller unserer Patienten waren bestimmt von einer schweren schizophrenen Residualsymptomatik.

Schaut man retrospektiv auf den Krankheitsverlauf zurück, so ist zu sagen, daß bei fast allen Patienten von Anfang an ein chronisch progredienter Verlauf zu beobachten ist, wobei es auch bei einigen dieser Patienten immer wieder zu Verstimmungszuständen kommt. Bei einem Drittel der Patienten sind in den ersten Jahren mehrere abgrenzbare, akute Krankheitsepisoden zu erkennen. Am häufigsten sind die Verläufe, bei denen die Krankheit schleichend beginnt und dann in ein chronisches Stadium übergehen. Bei lediglich einer Patientin beginnt die Krankheit mit einem einmaligen, akuten Zustandsbild und geht dann in einen chronisch progredienten Verlauf ohne weitere erkennbare akute Episoden über. Zu der in der Literatur erwähnten Besserung im höheren Lebensalter können wir nur wenig sagen, da nur ein Patient älter ist als 65 Jahre. Bei diesem Patienten ist die erwähnte Besserung nicht festzustellen.

Von der psychopathologischen Symptomatik im Langzeitverlauf der Krankheit und vom Zeitpunkt der Nachuntersuchung ausgehend, versuchten wir die 30 Kasuistiken nach folgenden drei Gesichtspunkten zu analysieren:

1. Zuordenbarkeit des Krankheitsverlaufes der Patienten zu einem der überlieferten Verlaufstypen (hebephrene, paranoid-halluzinatorische und katatone Schizophrenie).
2. Langzeitstabilität der Symptome.
3. Variabilität der schizophrenen Symptomatik im Langzeitverlauf.

27 der 30 nachuntersuchten schizophrenen Kranken ließen sich mühelos in eine der überlieferten Unterformen der

Schizophrenie einordnen. Dabei zeigten 15 Patienten eine hebephrene Form, 4 waren paranoid-halluzinatorisch und 8 der insgesamt 30 Patienten konnten wir der katatonen Untergruppe zuordnen. Nur bei 3 Patienten war die Zuordnung mehrdeutig. Diese zeigten nämlich eine kombinierte Symptomatik der hebephrenen und paranoiden Untergruppe. Letztlich ordneten wir diese 3 Patienten aber der Hebephrenie zu, da die hebephrenen Symptome über die ganze Krankheit hinweg überwogen, die paranoiden sich dagegen nur als Ansätze zur Wahnbildung manifestierten. In der Literatur wird immer wieder behauptet, die Inzidenz der katatonen Schizophrenie sei in den letzten Jahrzehnten zurückgegangen. Es ist somit überraschend, daß wir dieses Zustandsbild immerhin bei einem Viertel unserer Patienten feststellen konnten.

Im Mittelpunkt unserer Arbeit stand die Frage nach der Stabilität der Symptomatik der Schizophrenie im Langzeitverlauf, nicht zuletzt deshalb, weil nach der Meinung der aktuellen Literatur nur eine Minderzahl der Schizophrenien einem der Verlaufstypen hebephren, paranoid-halluzinatorisch und kataton zugeordnet werden kann.

Die charakteristische Symptomentrias der Hebephrenie besteht in Affekt-, Aktivitäts- und Denkstörungen. Letztere unterteilt MAYER-GROSS in formale und inhaltliche Störungen, wobei er zu den formalen insbesondere die Flüchtigkeit, die mangelnde Akzentuierung, die Verlangsamung wie auch die Verarmung des Denkens zählt. Nach MAYER-GROSS können dann aus der Art der Denkstörung bestimmte typische hebephrene Gesamtbilder ohne Schwierigkeiten hergeleitet werden. Auch bei unseren 15 hebephren Erkrankten war die typische Symptomentrias unverkennbar, wenngleich Intensitätsschwankungen dieser Merkmale im Langstreckenverlauf festzustellen waren. Die diagnostische Zuordenbarkeit wurde dadurch jedoch

nicht beeinträchtigt.

Ausgehend vom anschaulichen Lehrbuchbild der schwersten Bewegungsstörungen oder vom vielzitierten Wechsel zwischen Hyperkinese und Akinese, wäre es uns nicht gelungen, unsere 8 Patienten mit einer Katatonie diagnostisch zu differenzieren. Denn häufig fällt auf, daß nur einzelne katatone Züge dem Bilde beigemischt sind und daß, wie MAYER-GROSS betont, Einschleifung und Gewöhnung, Sinndurchdringung und Gestaltung die Mechanismen automatisieren, ausformen und prägen. Wesentlicher Teilaspekt der motorischen Störungen sind die Veränderungen der Mimik und Gestik dieser Kranken. Darüberhinaus sind es vor allem Merkmale wie Mutismus, Negativismus, Sprachveränderungen, motorische Starrheit, Hyper- und Parakinesen und Manieren, die das katatone Zustandsbild prägen. Unterteilt wird die Katatonie in eine gehemmte (3 Patienten) und erregte Form (4 Patienten). Erstere imponiert durch negativistische Sprechverweigerung, akinetische Haltungsstereotypien und maskenhafte, undurchdringliche Mimik. Das eigentlich kennzeichnende der katatonen Erregung sind die Beimischungen aus dem akinetischen Bild, nämlich Starre, Gebundenheit, Einförmigkeit, Beschränkung auf motorische Teilgebiete und Schematismus trotz Antriebsübermaß. Zusätzliche Probleme ergaben sich daraus, daß die psychomotorischen Symptome der Schizophrenien nicht leicht abzugrenzen sind von einer Spätdyskinesie. Bei den differentialdiagnostischen Erwägungen haben wir uns auch wesentlich leiten lassen von den Angaben der Krankengeschichten über den Verlauf der psychomotorischen Störungen.

Die paranoid-halluzinatorische Verlaufsform der Schizophrenie tritt vor allem mit Sinnestäuschungen und Wahnideen in Erscheinung. Daneben lassen sich auch Erinnerungsfälschungen, absurde Ideen und Neologismen beobachten. Die Tat-

sache, daß wir unter unseren 30 Patienten nur 4 mit einer paranoid-halluzinatorischen Verlaufsform der Schizophrenie gefunden haben, führen wir darauf zurück, daß Patienten mit diesem Krankheitsbild am wenigsten auf eine Dauerhospitalisierung angewiesen sind und häufig in weiterführende therapeutische Einrichtungen verlegt werden.

Ausgehend von den Definitionen bzw. den die Untergruppen charakterisierenden Symptomen, wie sie MAYER-GROSS, KLEIST, EWALD und LEONHARD ausführlich beschreiben, konnten wir in unserer Untersuchung neben der Zuordenbarkeit - die freilich nicht immer schon eindeutig in den ersten Krankheitsjahren gelang - eine auffällige Beständigkeit der charakteristischen Symptome während des gesamten Krankheitsverlaufes jedes einzelnen Patienten feststellen. Dies gilt in besonderem Maße für die Hebephrenie und die paranoid-halluzinatorische Verlaufsform der Schizophrenie. Bei der Katatonie war die Hauptsymptomatik häufig nur bei genauester Beobachtung des Querschnittsbildes und Analyse des Krankheitsverlaufes erkennbar, weil sie häufig von einer Begleitsymptomatik wie z.B. Kommunikationsstörungen überdeckt wurde. Festzuhalten ist aber, daß sich bei allen kataton Erkrankten die typische Symptomatik deutlich herauskristallisierte, auch dann, wenn hebephrene oder paranoid-halluzinatorische Symptome hinzugekommen sind. Neben der stabilen typischen Symptomatik für die Untergruppen gibt es aber noch weitere Symptome, die besonders wichtig erscheinen für die Erstellung der Globaldiagnose Schizophrenie, vor allem zu Beginn der Erkrankung. Diese zeigen sich im weiteren Verlauf der Krankheit variabel. Als Beispiele seien genannt: Leistungsnachlaß in Schule und Beruf, allgemeine Störungen des körperlichen Wohlbefindens, Depersonalisations- und Derealisationsphänomene,

Antriebsstörungen, Verwahrlosungstendenzen wie auch depressive Verstimmungszustände.

Als besonderes Kennzeichen unserer Arbeit stellen wir heraus, daß wir nicht versucht haben, die Daten auf statistischem Wege zu komprimieren, sondern, daß wir die vollständigen Kasuistiken in unsere Betrachtung einbezogen haben. Denn, nur eine ausführliche und allgemeinverständliche Fallbeschreibung erlaubt eine exakte Beurteilung der Symptomatik und des Verlaufes der Krankheit jedes einzelnen Patienten. Wir glauben, daß typisch psychopathologische Zustandsbilder und typische Unterformen der Schizophrenie nur dann zu erkennen sind, wenn man die allgemeinen schizophrenen Symptome wie Autismus, Antriebsstörungen, Affekt- oder Denkstörungen etc. nicht isoliert betrachtet, sondern die für jeden einzelnen Patienten charakteristische Symptomatik erarbeitet und diese einer Bewertung mittels aller zur Verfügung stehenden Daten und Beobachtungen zuführt. Eine summarische Auflistung oder isolierte Betrachtung der schizophrenen Symptome einer Patientengruppe führt leicht zu dem Trugschluß, daß sich die schizophrene Symptomatik wie auch die schizophrenen Residualzustände alle gleichen. Auch die weit verbreitete Meinung der Instabilität der Symptomatik der Krankheit im Langstreckenverlauf führen wir darauf zurück.

Als wesentlichste Merkmale unserer Arbeit mit chronisch schizophrenen Kranken sind zu nennen:

- a) 90 % unserer 30 Patienten konnten wir einer der überlieferten Untergruppen der Schizophrenie zuordnen.
- b) Die Symptomatik ist im Gesamtverlauf der Erkrankung stabil, wobei jeder Patient durch typische Symptome charakterisiert wird. Bei einigen Patienten jedoch

sind im Verlauf der Krankheit Intensitätsschwankungen der Symptome festzustellen.

- c) Neben der typischen Symptomatik für die jeweilige Untergruppe gibt es noch eine Symptomatik, die besonders wichtig ist für das Auffinden der Globaldiagnose Schizophrenie, vor allem zu Beginn der Erkrankung. Diese Symptomatik zeigt im weiteren Verlauf der Krankheit keine große Stabilität. Ebenso treten zu einzelnen Zeitabschnitten des Krankheitsverlaufes immer wieder hebephrene, paranoid-halluzinatorische und katatone Merkmale auf. Diese bunte Symptomatik ist variabel und erleichtert die Globaldiagnose Schizophrenie.
- d) Ab dem 6. Krankheitsjahr konnten wir weder anhaltende Besserungen noch Heilungen feststellen. Aber auch gravierende, bleibende Verschlechterungen sind nicht mehr aufgetreten.

Weitere Untersuchungen über die Verläufe chronisch kranker, dauerhospitalisierter schizophrener Patienten sind notwendig. Diese müssen zeigen, ob sich unsere Aussagen nicht nur auf schwerkranke, dauerhospitalisierte schizophrene Patienten, sondern auch auf leichter erkrankte schizophrene Patienten verallgemeinern lassen. Wir denken hier besonders an Patienten, die bei ihren Angehörigen, in Wohngemeinschaften oder in Heimen leben. Ausgehend von den Ergebnissen unserer Arbeit stellt sich die Frage, welche Gruppe schizophrener Patienten besonders dazu geeignet ist, langfristig extramural betreut zu werden, und welche Gruppe schizophrener Patienten weiterhin auf eine stationäre Langzeitbehandlung angewiesen ist.

7.0 KURZZUSAMMENFASSUNG

In den Untersuchungen zum Verlauf der Krankheit schizophrener Patienten wird vielfach bezweifelt, daß die typische Symptomatik eines Patienten im Langzeitverlauf stabil bleibt. Wir untersuchten diese Frage anhand ausführlicher Kasuistiken von 30 chronisch kranken, im Bezirkskrankenhaus Haar dauerhospitalisierten schizophrenen Patienten (11 Frauen, 19 Männer, durchschnittliche Hospitalisationsdauer 19 Jahre, durchschnittliche Katamnesedauer ca. 26 Jahre). Das besondere Kennzeichen unserer Arbeit besteht in der Tatsache, daß wir die gewonnenen Daten nicht auf statistischem Weg komprimiert, sondern daß wir die vollständigen Kasuistiken in unsere Betrachtung einbezogen haben. Denn nur eine ausführliche und in der Umgangssprache verfaßte Fallbeschreibung erlaubt die exakte Beurteilung der Symptomatik und des Verlaufes der Krankheit jedes einzelnen Patienten. Anhand der Daten der Krankenakten und den Aussagen der Patienten bemühten wir uns in den Kasuistiken um eine Rekonstruktion des gesamten Krankheitsverlaufes. Von der psychopathologischen Symptomatik im Langzeitverlauf der Krankheit und vom Querschnittsbefund zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung ausgehend, versuchten wir die Kasuistiken nach folgenden drei Gesichtspunkten zu analysieren:

1. Langzeitstabilität der Symptome.
2. Variabilität der schizophrenen Symptomatik im Langzeitverlauf.
3. Zuordenbarkeit des Krankheitsverlaufes eines Patienten zu einer Untergruppe der Schizophrenie (hebephrene, paranoid-halluzinatorische und katatone Schizophrenie).

Die wichtigsten Ergebnisse unserer Arbeit lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- a) 27 der 30 nachuntersuchten Patienten konnten wir in eine der überlieferten Untergruppen der Schizophrenie einordnen. Dabei zeigten 15 Patienten eine hebephrene, 8 eine katatone und 4 eine paranoid-halluzinatorische Form. Bei 3 Patienten war die Zuordnung mehrdeutig. Diese zeigten eine Kombination von hebephrenen und paranoiden Symptomen, wobei die hebephrenen überwogen.
- b) Die Krankheit jedes Patienten wird durch typische Symptome charakterisiert. Diese Symptomatik schwankt im Gesamtverlauf der Krankheit bezüglich der Intensität, bleibt jedoch, was die Art der Symptomatik angeht, stabil.
- c) Neben der erwähnten langzeitstabilen Symptomatik treten besonders zu Beginn der Krankheit auch flüchtige, uncharakteristische psychopathologische Symptome auf. Diese Symptome sind es, die in den ersten Jahren der Krankheit die Beurteilung des Krankheitsverlaufes schwierig machen. Immer wieder sind während des gesamten Krankheitsverlaufes nebeneinander auch hebephrene, katatone und paranoide Symptome festzustellen. Diese bunte, aber variable Symptomatik ist zwar mit Rücksicht auf den Langstreckenverlauf der Krankheit des Patienten nicht typisch, erleichtert aber die Globaldiagnose Schizophrenie.
- d) Bei unseren Patienten konnten wir ab dem 6. Krankheitsjahr weder anhaltende Besserungen noch Heilungen feststellen. Aber auch gravierende, bleibende Verschlechterungen der psychopathologischen Zustandsbilder sind nicht mehr aufgetreten.

Weitere Untersuchungen über die Verläufe chronisch kranker, dauerhospitalisierter schizophrener Patienten sind notwendig und müssen zeigen, ob sich unsere Aussagen nicht auch auf leichter erkrankte schizophrene Patienten verallgemeinern lassen. Wir denken hier besonders an Patienten, die bei ihren Angehörigen, in Wohngemeinschaften oder in Heimen leben. Ausgehend von den Ergebnissen unserer Arbeit stellt sich die Frage, welche Gruppe schizophrener Patienten besonders dazu geeignet ist, langfristig extramural betreut zu werden, und welche Gruppe schizophrener Patienten weiterhin auf eine stationäre Langzeitbehandlung angewiesen ist.

8.0 LITERATURANGABEN

- (1) ARNOLD, O.H.
Schizophrener Prozeß und schizophrene
Symptomgesetze, Wien 1955.
- (2) BENEDETTI, G., MIELKE, F.
Forschungen zur Schizophrenielehre 1951 -
1955, Fortschr. Neurol. Psychiat. 25,
101 - 179 (1957).
- (3) BENEDETTI, G., KIND, H., JOHANSSON, A.S.
(unter Mitarbeit von GALLI, P.F.)
Forschungen zur Schizophrenielehre 1956 -
1961, Fortschr. Neurol. Psychiat. 30,
341 - 505 (1962).
- (4) BENEDETTI, G., WENGER, V.
Forschungen zur Schizophrenielehre 1961 -
1965, Übersicht (Teil I), Übersicht (Teil II),
Fortschr. Neurol. Psychiat. 35/1, 1 - 34
(1967), 35/2, 41-121 (1967).
- (5) BENEDETTI, G., RAUCHFLEISCH, U.
Forschungen zur Schizophrenielehre 1966 -
1972, Die Schizophrenie in unserer Gesell-
schaft, Stuttgart 1975.
- (6) BERNER, P.
Paranoide Syndrome, in: Psychiatrie der
Gegenwart (hrsg. von H.W. GRUHLE, R. JUNG,
W. MAYER-GROSS, M. Müller), 2. Auflage,
Bd. II/1, Berlin-Heidelberg-New York 1972.
- (7) BERNER, P.
Das paranoische Syndrom, Berlin-Heidelberg-
New York 1965.
- (8) BERZE, J.
Die primäre Insuffizienz der psychischen
Aktivität, ihr Wesen, ihre Erscheinungen
und ihre Bedeutung als Grundstörung der
Dementia praecox und der Hebephrenien über-
haupt, Leipzig-Wien 1914.

- (9) BINSWANGER, L.
Schizophrenie, Pfullingen 1957.
- (10) BLEULER, E.
Dementia praecox oder die Gruppe der
Schizophrenien, in: Handbuch der Psychia-
trie (hrsg. von G. ASCHAFFENBURG), Spez.
Teil, 4. Abt., Leipzig-Wien 1911.
- (11) BLEULER, E.
Lehrbuch der Psychiatrie, 15. Auflage,
Neubearbeitet von M. BLEULER, Berlin-
Heidelberg-New York 1983.
- (12) BLEULER, E.
Primäre und sekundäre Symptome der
Schizophrenie, Z. ges. Neurol. Psychiat.
124, 607 (1930).
- (13) BLEULER, M., UCHTENHAGEN, A.
Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte
langjähriger Kranken- und Familiengeschichten,
Stuttgart 1972.
- (14) BLEULER, M.
Die spät-schizophrenen Krankheitsbilder,
Fortschr. Neurol. Psychiat. 15, 259 (1943).
- (15) BLEULER, M.
Die Schizophrenien: Die langen Verläufe
und ihre Formbarkeit, in: Verlauf und Ausgang
schizophrener Erkrankungen (hrsg. von G. HUBER),
Stuttgart-New York 1973.
- (16) BLEULER, M.
Forschungen und Begriffswandlungen in der
Schizophrenielehre 1941 - 1950,
Fortschr. Neurol. Psychiat. 19, 395 - 452
(1951).
- (17) BLEULER, M.
Klinik der schizophrenen Geistesstörungen,
in: Psychiatrie der Gegenwart (hrsg. von
H.W. GRUHLE, R. JUNG, W. MAYER-GROSS, M. MÜLLER),
2. Auflage, Bd. II/1, Berlin-Heidelberg-New York
1972.

- (18) BLEULER, M.
Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und
Verwandtschaft Schizophrener und ihre
gegenseitigen Beziehungen, Leipzig 1941.
- (19) BLEULER, M.
Ursache und Wesen der schizophrenen Geistes-
störungen, Dtsch. med. Wschr. 89, 1865,
1947 (1964).
- (20) BLEULER, M. et al.
Der langfristige Verlauf schizophrener
Psychosen, Nervenarzt 47, 477 - 481 (1976).
- (21) BUMKE, O.
Handbuch der Geistesstörungen, Bd. 9,
Spez. Teil V, Berlin 1932.
- (22) CIOMPI, L., MÜLLER, C.
Lebensweg und Alter der Schizophrenen,
Eine katamnestische Langzeitstudie bis ins
Senium, in: Monographien aus dem Gesamtgebiete
der Psychiatrie, Bd. 12 (hrsg. von H. HIPPIUS,
W. JANZARIK, M. MÜLLER), Berlin-Heidelberg-
New York 1976.
- (23) CONRAD, F.
Die beginnende Schizophrenie, Versuch einer
Gestaltsanalyse des Wahns, Stuttgart 1958.
- (24) CORNU, F.
Katamnestische Erhebungen über den Verlauf
einfacher Schizophrenien, Psychiat. Neurol.
Basel 135, 129 - 175 (1958).
- (25) DEGKWITZ, R. et al.
Katamnesen langfristiger entlassener schizo-
phrener Kranker im Vergleich zu langfristig
hospitalisierten Fällen - Krankheitsverlauf
und soziale Stellung, in: Verlauf und Ausgang
schizophrener Erkrankungen (hrsg. von G. HUBER),
Stuttgart-New York 1973.
- (26) DEGKWITZ, R., HELMCHEN, H., KOCKOTT, G.,
MOMBOUR, W.
Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer
Krankheiten, Deutsche Ausgabe der internationalen
Klassifikation der Krankheiten der WHO (ICD),
9. Revision, Kapitel V, Berlin-Heidelberg-
New York 1980.

- (27) EWALD, G.
Neurologie und Psychiatrie, Ein Lehrbuch
für Studierende und Ärzte, München-Berlin
1964.
- (28) FLECK, U.
Über Beobachtungen bei alten Fällen von
Schizophrenie, Arch. Psychiat. Nervenkr.
85, 7o5 (1928).
- (29) FREUD, A.
Das Ich und die Abwehrmechanismen, 1935,
Kindler, Tb 2001, S. 36, 37.
- (3o) GREEN, H.
Ich habe dir nie einen Rosengarten versprochen,
Stuttgart 1981.
- (31) GROSS, G., HUBER, G.
Zur Prognose der Schizophrenien, Psychiatr.
Clin. 6, 1 - 16 (1973).
- (32) GROSS, G. HUBER, G., SCHÜTTLER, R.
Peristatische Faktoren im Beginn und Verlauf
schizophrener Erkrankungen, Arch. Psychiat.
Nervenkr. 215, 1 (1971).
- (33) GROSS, G., HUBER, G., SCHÜTTLER, R.
Probleme der Chronizität schizophrener
Erkrankungen (hrsg. von K. HEINRICH und H. KRANZ),
Stuttgart 1973.
- (34) GROSS, G., HUBER, G., SCHÜTTLER, R.
Verlaufsuntersuchungen bei Schizophrenien,
in: Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankun-
gen (hrsg. von G. HUBER), Stuttgart-New York 1973.
- (35) GRUHLE, H.W.
Die Schizophrenie: Allgemeine Symptomatologie,
Die Psychopathologie, in: Handbuch der Geistes-
krankheiten, Bd. 9, Spez. Teil V (hrsg. von
O. BUMKE), Berlin 1932.
- (36) HARTMANN, W.
Schizophrene Dauerpatienten, Untersuchung an
langjährig hospitalisierten Schizophrenen,
in: Forum der Psychiatrie (hrsg. von J. GLATZEL,
H. KRÜGER und CH. SCHARFETTER), Stuttgart 198o.

- (37) HOFFMANN-LA ROCHE
Roche Lexikon Medizin (hrsg. von Hoffmann-La Roche AG und Urban und Schwarzenberg), München-Wien-Baltimore 1984.
- (38) HUBER, G.
Chronische Schizophrenie, in: Einzeldarstellungen aus der theoretischen und klinischen Medizin (hrsg. von H. SCHAEFER), Bd. 13, Heidelberg 1961.
- (39) HUBER, G.
Psychiatrie, Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte, 2. Auflage, Stuttgart-New York 1976.
- (40) HUBER, G.
Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen, Fortschr. Neurol. Psychiat. 34/8, 410 (1966).
- (41) HUBER, G., ZERBIN-RÜDIN, E.
Schizophrenie, in: Erträge der Forschung, Bd. 115, Darmstadt 1979.
- (42) HUBER, G.
Schizophrenie Verläufe, Dtsch. med. Wschr. 89, 212 (1964).
- (43) HUBER, G.
Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen, Stuttgart-New York 1973.
- (44) HUBER, G., GROSS, G., SCHÜTTLER, R.
Schizophrenie, Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeituntersuchungen an den 1945 bis 1959 in Bonn hospitalisierten schizophrenen Kranken, in: Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie, Bd. 1 (hrsg. von H. HIPPIUS, W. JANZARIK, C. MÜLLER), Berlin-Heidelberg-New York 1979.
- (45) JANZARIK, W.
Der Aufbau schizophrener Psychosen in der Längsschnittbetrachtung, Nervenarzt 34, 58 - 61 (1963).
- (46) JANZARIK, W.
Die Typologie schizophrener Psychosen im Lichte der Verlaufbetrachtung, Arch. Psychiat. Nervenkr. 202, 140 (1961).

- (47) JANZARIK, W.
Dynamische Grundkonstellationen in endogenen
Psychosen, Berlin-Heidelberg-New York 1959.
- (48) JANZARIK, W.
Schizophrene Verläufe, in: Monographien aus
dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie,
Heft 126, Berlin-Heidelberg- New York 1968,
S. 2.
- (49) JANZARIK, W.
Wandlungen des Schizophreniebegriffs,
Nervenarzt 49, 133 - 139 (1978).
- (50) JANZARIK, W.
Zur Problematik schizophrener Psychosen im
Höheren Lebensalter, Nervenarzt 28, 535
(1957).
- (51) KIPPHARDT, H.
Leben des schizophrenen Dichters Alexander
März, Berlin 1980.
- (52) KLAESI, J.
In: Psychiatrie, 6. Auflage (Hrsg. von R. TÖLLE),
Berlin-Heidelberg-New York 1982.
- (53) KLEIST, K.
Die Katatonien, Nervenarzt 1, 1 - 10 (1943).
- (54) KLEIST, K.
Die paranoiden Schizophrenien, Nervenarzt
11, 479 - 493 (1947).
- (55) KRAEPELIN, E.
Psychiatrie, ein Lehrbuch für Studierende und
Ärzte, 8. Auflage, Leipzig 1913.
- (56) LEONHARD, K.
Aufteilung der endogenen Psychosen, 2. Auflage,
Berlin 1959.
- (57) LEONHARD, K.
Biopsychologie der endogenen Psychosen,
Leipzig 1970.
- (58) LEONHARD, K.
Einteilung und Prognose der endogenen Psychosen,
Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 178, 104 (1964).

- (59) LEONHARD, K.
Defektschizophrene Krankheitsbilder,
Berlin 1980.
- (60) LEONHARD, K.
Die defektschizophrenen Krankheitsbilder,
Leipzig 1936.
- (61) LEONHARD, K.
Differenzierte Diagnostik der endogenen
Psychosen, abnormen Persönlichkeitsstrukturen
und neurotischen Entwicklungen, 3. Auflage,
Berlin 1968.
- (62) LEONHARD, K.
Grundlagen der Psychiatrie, Stuttgart 1948.
- (63) LEONHARD, K.
Prognostische Diagnose der endogenen Psychosen,
Stuttgart 1964.
- (64) LUKA, L.
Über das Entstehen von Verfolgung und Ver-
folgtsein, in: Geheime Mächte (hrsg. von
A. RESCH), Innsbruck 1984.
- (65) MAHENDRA, B.
Where have all the catatonics gone?,
Psychol. Med., 11, 669 - 671, 1981.
- (66) MARINOW, A.
Schizophrene "Endzustände", Klinik und
Verlauf, Arch. Psychiat. Nervenkr. 215,
46 - 61 (1971).
- (67) MAYER-GROSS, W.
Die Klinik, in: Handbuch der Geisteskrank-
heiten, Bd. 9, Spez. Teil V, Die Schizophrenie
(hrsg. von O. BUMKE), Berlin 1932.
- (68) MAYER-GROSS, W.
Primäre und sekundäre Symptome in der
Schizophrenie, Z. ges. Neurol Psychiat. 124,
647 - 672 (1930).
- (69) PSCHYREMBEL, W.
Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch,
Berlin-New York 1975.

- (70) SCHNEIDER, K.
Klinische Psychopathologie, 11. Auflage,
Stuttgart 1976.
- (71) SCHNEIDER, K.
Primäre und sekundäre Symptome bei der
Schizophrenie, Fortschr. Neurol. Psychiat.
25, 487 - 490 (1957).
- (72) SÜLLWOLD, L.
Symptome schizophrener Erkrankungen,
Uncharakteristische Basisstörungen,
in: Monographien aus dem Gesamtgebiete der
Psychiatrie, Bd. 13 (hrsg. von H. HIPPIUS,
W. JANZARIK, C. MÜLLER), Berlin-Heidelberg-
New York 1977.
- (73) TÖLLE, R.
Psychiatrie, 6. Auflage, Berlin-Heidelberg-
New York 1982.
- (74) VONDERSCHMITT, M.
Stabilität schizophrener Syndrome, Langzeit-
verlauf der Krankheit von 30 Patienten,
Retrospektive Studie im Bezirkskrankenhaus
Haar vom Mai 1983 bis Januar 1984, Diss.
München (im Druck) 1987.
- (75) WERNICKE, C.
Grundriß der Psychiatrie, 2. Auflage,
Leipzig 1906.
- (76) WYRSCH, J.
Klinik der Schizophrenie, in: Psychiatrie
der Gegenwart - Forschung und Praxis, Bd. 2,
S. 1 - 26 (hrsg. von H.W. GRUHLE, R. JUNG,
W. MAYER-GROSS, M. MÜLLER), Berlin-Göttingen-
Heidelberg 1960.
- (77) ZEITUNG SÜDDEUTSCHE
Ausgabe vom 22.11.1983, Fernsehprogrammseite.

Herrn Professor H. HILFUS danke ich für die Überlassung des Themas.

Die klinischen Untersuchungen wurden von Mai 1983 bis Januar 1984 im Bezirkskrankenhaus Haar bei München, gemeinsam von Herrn Dr. A. STRAUSS, Herrn M. VONDERSCHMITT und mir durchgeführt. Beiden Herren danke ich für die gute Zusammenarbeit, besonders Herrn Dr. A. STRAUSS für seine intensive Betreuung bei der Planung, Durchführung und Auswertung der Untersuchung.

Herrn Direktor Dr. BENDER, dem früheren Direktor Herrn Dr. SCHULZ und dem früheren stellvertretenden Direktor Herrn Dr. BISCHOF sowie den Ärzten und dem Pflegepersonal des Bezirkskrankenhauses sage ich herzlichen Dank für die Möglichkeit, diese Untersuchung durchführen zu können.

Ein besonderer Dank gilt natürlich den Patienten meiner Arbeit, vor allem für ihre freundliche Mitarbeit.

Danken möchte ich auch Frau M. BALLEMBERGER für ihre Mühe bei der sorgfältigen Niederschrift meiner Arbeit.

L E B E N S L A U F

Name: Konrad Josef Wagner

Geburtsdatum: 08. 07. 1954 in Memmingen

Eltern: Alfons Wagner, Metzgermeister, geb. 1919
Sofie Wagner, geb. Högg, Hausfrau, geb. 1926

Geschwister: Arnulf Wagner, Diplomtheologe, geb. 1951

Schulen: 1960 - 1965 Volksschule, Lindenschule
Memmingen
1965 - 1974 Bernhard Strigel-Gymnasium
Memmingen, Abschluß Abitur

Wehrdienst: 01. 10. 1974 - 31. 12. 1975

Berufe: 01. 10. 1976 - 30. 09. 1979
Krankenpflegeausbildung am Kreiskranken-
haus Memmingen, Examen am 23. 07. 1979

Studium: 15. 03. 1979 Immatrikulation an der Ludwig
Maximilians-Universität München
25. 08. 1981 Ärztliche Vorprüfung
26. 08. 1982 Erster Abschnitt der Ärzt-
lichen Prüfung
24. 08. 1984 Zweiter Abschnitt der Ärzt-
lichen Prüfung
15. 10. 1984 - 15. 09. 1985 Praktisches
Jahr
30. 10. 1985 Dritter Abschnitt der Ärzt-
lichen Prüfung, schriftlicher
Teil
05. 11. 1985 Dritter Abschnitt der Ärzt-
lichen Prüfung, mündlicher
Teil, Orthopädische Klinik
München-Harlaching
30. 12. 1985 Approbation

